

Stina Söderlund

Hyvä toimintatapa ryhmätoiminnassa - ryhmämuotoisen toimintatavan kehittäminen osana ikääntyneen hoitoa ja kuntoutusta HUS, Hyks vanhuspsykiatriassa

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Toimintaterapeutti YAMK

Kuntoutuksen koulutusohjelma

Opinnäytetyö

2.12.2012

<p>Tekijä Otsikko</p> <p>Sivumäärä Aika</p>	<p>Stina Söderlund Hyvä toimintatapa ryhmätoiminnassa, ryhmämuotoisen toimintatavan kehittäminen osana hoitoa ja kuntoutusta HUS, Hyks vanhuspsykiatriassa 51 sivua + 4 liitettä 2.12.2012</p>
Tutkinto	Toimintaterapeutti YAMK
Koulutusohjelma	Kuntoutuksen, ylempi koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	
Ohjaajat	Yliopettaja Salla Sipari FT Yliopettaja Pekka Paalasmaa FT
<p>Kehittämistyön tarkoituksena oli kehittää hyvää toimintatapaa ryhmätoiminnalle HUS, Hyks vanhuspsykiatriassa. Tutkimuksellisen kehittämistyön tavoitteena oli tukea iäkkään kuntoutujan tai potilaan toimintakykyä kehittämällä ryhmämuotoista toimintaa.</p> <p>Tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä tietokäsitys perustui siihen, että käytäntö ja teoria yhdessä muodostavat uutta tietoa. Tämä tiedontuotantotapa korostaa tiedon käyttökelpoisuutta. Kehittämistyön ensimmäinen vaihe aloitettiin tutustumalla, teorioihin vanhenemisesta, oppimisesta, kuntoutuksesta ja ryhmämuotoisesta toiminnasta. Seuraavaksi perehdyttiin tutkimuksiin ikääntyneiden ryhmätoiminnasta. Valittiin neljä tieteellistä tutkimusta, joiden valinnassa pyrkimyksenä oli löytää luotettavia suomalaisessa sosiaali- ja terveystalvelujärjestelmässä toteutettuja tieteellisiä tutkimuksia, jotka sijoittuvat eri palvelusektoreille ja olivat taustoiltaan erilaisia. Valitut tutkimukset analysoitiin sisältölähtöisesti, etsien niistä yhtäläisyyksiä ja eroja. Analysoinnin pohjalta syntyi synteesi, asioista, jotka keskeisesti vaikuttavat ryhmämuotoisen toiminnan suunnitteluun ja toteutukseen. Kehittämistyön toisessa vaiheessa synteesi muodosti teemapohjan ryhmähaastatteluille, joita toteutettiin kaksi. Ryhmähaastatteluun kutsutut olivat henkilökuntaa ja moniammatillisen työryhmän jäseniä. Heillä oli suoraa tai välillistä kokemusta ryhmätoiminnan vaikutuksesta hoito ja kuntoutustyössä vanhuspsykiatriassa. Haastattelut äänitettiin ja litteroitiin. Saatu aineisto analysoitiin sisällönanalyysiperiaattein. Tuloksena syntyi henkilökunnan kokemukseen perustuva näkemys hyvästä toimintatavasta ryhmätoiminnassa vanhuspsykiatriassa. Hyvä ryhmätoimintatapa perustui kahdeksaan suunnittelussa ja toteutuksessa huomioitavaan asiaan: 1. Teorian yhteys käytännön työhön. 2. Vaikutuksen arvioinnista kohti vaikuttavuuden arviointia. 3. Asiakaslähtöisyyden ja osallisuuden huomioiminen. 4. Ympäristön merkitys ryhmätoiminnan toteuttamisessa. 5. Ryhmätoiminta tukee potilaan toimintakykyä. 6. Toimintakyvyn muutosten dynaamisuus. 7. Opittujen asioiden siirtyminen arkipäivään. 8. Moniammatillisuuden merkitys.</p>	
Avainsanat	ryhmätoiminta, ikääntyminen, toimintakyky

Author(s) Title Number of Pages Date	Stina Söderlund Good practice in group activity. Developing group-based practices as a part of the care and rehabilitation in HUS, Huch geropsychiatrics 51 pages + 4 appendices 2nd December 2012
Degree	Master of Health Care
Degree Programme	Rehabilitation
Specialisation option	
Instructor(s)	Principal Lecturer Salla Sipari PhD Principal Lecturer Pekka Paalasmaa PhD
<p>The purpose of this development work was to develop good practices for group activities within the HUS, Helsinki University Central Hospital (HUS, HUCH) geropsychiatric branch. The aim of this development work was to support the functioning of a patient or an aged person in rehabilitation, in a diverse fashion, through developing group-based activities. The epistemological base for this thesis is that knowledge is created through combining practice and theory. This way of creating knowledge emphasizes the practical applicability of knowledge. Theoretical understanding and empirical research results were needed for evaluating and examining knowledge gleaned from working practices.</p> <p>The first phase of this development work was to become familiar with theories on aging, learning, rehabilitation and group-based activities. The next phase was to become acquainted with the research on group activities for the aged. Four studies were chosen, based on the desire to find reliable Finnish research conducted within the social and health care systems, within different sectors and from different backgrounds. The studies chosen were analyzed using content analysis, to locate similarities and differences between them. A synthesis was created based on the analysis, incorporating issues central to the planning and carrying out of group activities. In the second phase of the development work, this synthesis was used as the thematic base for two thematic group interviews. The interviewees were staff members of a multi-professional working group, with direct or indirect experience of the impact of group activity in geropsychiatric care and rehabilitation. The interviews were recorded and transcribed. The transcribed data was analyzed using content analysis. As a result, a view of good practice for group activity in geropsychiatrics was formed, based on the experience of care staff.</p> <p>Good practice was seen as based on eight aspects to be taken into account in the planning and implementation of group activity: 1. The connection between theory and practice 2. From effect evaluation towards impact evaluation 3. The connection between patient-oriented practices and participative agency 4. The impact of the environment to implementing group activities 5. Group activity supports the functioning of the patient 6. The dynamic nature of the changes in the ability to function 7. Transferring the learned content into everyday practice 8. The meaning of multi-professionalism</p>	
Keywords	Group activity, aging, ability of function

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Näkökulmia vanhenemiseen ja kuntoutukseen	4
2.1	Vanheneminen sosiaalisena ilmiönä	4
2.2	Gerontologia ja vanhustyö	5
2.3	Vanhusten mielenterveyshäiriöt ja kuntoutus	6
3	Ryhmätoiminnan merkitys toimintakykyyn	8
3.1	Kuntouttavan ryhmätoiminnan luonnehdintaa	10
3.2	Ihmiskäsitys ryhmätoiminnan ohjauksessa	11
3.3	Ryhmätoiminnan merkityksen jäsentyminen oppimisen kautta	12
3.4	Yhteenveto vanhenemisesta ja ryhmätoiminnasta	15
4	Toimintaympäristönä HUS, Hyks psykiatriakeskus	16
4.1	Palvelut HUS, Hyks vanhuspsykiatriassa	16
4.2	Potilaana vanhuspsykiatriassa	18
4.3	Ryhmätoiminta HUS, Hyks vanhuspsykiatriassa	18
5	Kehittämistyön tarkoitus ja tavoite	19
6	Tutkimuksellisen kehittämistyön vaiheita	20
6.1	Tutkimuksellisen kehittämistyön tiedon muodostus	20
6.2	Teemahaastattelun toteutus	22
6.3	Haastatteluaineiston analysointi sisältölähtöisesti	24
7	Hyvän ryhmätoiminnan edellytykset tutkimusten näkökulmasta	25
8	Ryhmätoiminnan haasteet ja mahdollisuudet henkilökunnan näkökulmasta	28
8.1	Ympäristön haasteet ja mahdollisuudet	28
8.1.1	”Tila se on A ja O”	28
8.1.2	”Välimatkat haasteena”	29
8.2	Ryhmätoiminnan muodostaminen	30
8.3	Moniammatillisuuden merkitys	32
8.4	Ryhmätoiminnan vaikutukset ja vaikuttavuus	32
8.4.1	Vaikutus toimintakykyyn	33
8.4.2	Vertaistuen merkitys	34
8.4.3	Vaikutus elämänlaatuun ja elämänhallintaan	35

8.4.4	Vaikuttavuuden arvioiminen	35
8.5	Oppiminen tukee kuntoutumista	36
8.6	Taustateorioiden merkitys	37
9	Tuloksena hyvä toimintatapa ryhmätoiminnassa	37
10	Pohdinta	41
10.1	Tulosten pohdinta	41
10.2	Luotettavuuden ja eettisyyden pohdinta	45
	Lähteet	49
	Liite 1. Kutsu teemahaastatteluun	
	Liite 2. Ryhmähaastattelun kysymykset	
	Liite 3. Sopimusasiakirja	
	Liite 4. Esimerkki aineiston luokittelusta	

1 Johdanto

Väestön ikääntyminen väestöennusteiden mukaisesti pitää keskustelua yllä vanhusten palveluista. Ajan myötä vanheneminen koskettaa jokaista niin henkilökohtaisesti kuin omaisten ja läheisten kautta. Keskustelua on käyty muun muassa palvelujen sisällöstä ja laadusta sekä käytettävissä olevista henkilöstöresursseista. Sirkka-Liisa Kivelä (2006) on ehdottanut vanhusasiavaltuutettua valvomaan suunnitellun vanhuspalvelulain toteutumista ja ikääntyneiden tasavertaista kohtelua palvelujärjestelmissä. Uuden lain tavoitteena on edistää hyvinvointia, kaventaa hyvinvointieroja ja edistää ikääntyneiden itsenäistä suoriutumista muun muassa ennakoimalla ja puuttumalla hyvissä ajoin toimintakyvyn heikkenemiseen ja siihen vaikuttaviin riskitekijöihin. Lakiesityksellä pyritään varmistamaan ikääntyneen ihmisen pääsy palvelutarpeen arviointiin ja arvioinnin pohjalta turvata hänelle määrältään riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut. Lakiesityksen valmistelutyön pohjana ovat sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamistyöryhmän linjaukset, joiden mukaan lainsäädäntötyö etenee. (Sosiaali- ja terveysministeriö, Vanhuspalvelulaki.)

Vaikka hyvinvoinnin kehitys on ollut suotuisaa viime aikoina, ikääntymisen myötä yleistyvät pitkäaikaissairaudet ja toiminnalliset rajoitteet. Masentuneisuus ja yksinäisyys ovat ikääntyneillä myös yleinen ongelma. (Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämissuunnitelma 2004: 23.) Suurien ikäluokkien jäädessä eläkkeelle vanhuseläkettä saavien määrä kasvaa. Ikääntyneet eivät ole keskenään yhtenäinen joukko vaan heterogeeninen ryhmä erilaisine tarpeineen ja ongelmineen. Tämän väestöryhmän tarpeiden kohtaamiseen tarvitaan monimuotoisia, erilaisille ryhmille suunnattuja palveluja. Yksi tapa vastata tulevaisuuden haasteisiin on kehittää monipuolisia ja tarkoituksenmukaisia hoito- ja kuntoutusmuotoja.

Maailman terveysjärjestö WHO (World Health Organization) määrittelee mielenterveyden hyvinvointitilana, jossa henkilö voi toteuttaa itseään, selviytyä elämän normaaleista paineista, suorittaa tuottavaa ja palkitsevaa työtä ja osallistua yhteisönsä elämään. Psykkinen pahoinvointi puolestaan pitää sisällään mielenterveyshäiriöt ja henkisen stressin, stressiin liittyvät toimintahäiriöt, dementiaoireet ja diagnoosia edellyttävät mielisairaudet, kuten skitsofrenian ja depression. (Vihreä kirja 2005: 4.) Mielenterveyden horjuminen, psykkinen pahoinvointi ja mielen sairaudet voivat alentaa toimintakykyä ja olla esteinä osallistumiselle ja osallisuuden kokemukselle lisäten entisestään ikäänty-

neen kärsimystä ja yksinäisyyttä. Mielenterveyden ongelmien lisäksi myös fyysiset sairaudet voivat asettua osallistumisen tielle vaikuttaen fyysiseen suoriutumiseen ja mielialaan. Terveiden ja hyvinvoinnin laaja-alainen lähestymistapa voi ohjata ymmärtämään ikääntyneen elämäntilannetta huomioiden fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn. Mielenterveyden ongelmien ymmärtämisessä ja niiden kanssa työskenneltäessä on järkevää hyödyntää moniammatillista asiantuntemusta ja asiantuntijuutta. Unohtamatta kuitenkaan, että jokainen ihminen on oman elämänsä asiantuntija.

Psyykkinen hyvinvointi vaihtelee elämän aikana ja saa eri elämänvaiheissa erilaisia merkityksiä. Menetykset, luopuminen, muutokset elämäntilanteissa ja epävarmuus synnyttävät ikääntyneissä ihmisissä stressiä ja tunnereaktioita. Hyvässä tapauksessa ne menevät ohi tai lievenevät ajan kanssa. Alavireisyys, ahdistuneisuus ja levottomuus kuuluvat osana elämään, eikä niitä aina tule tulkita sairauksiksi. Ihmiset, joilla on henkilökohtaisia voimavaroja ja sosiaalista tukea, pystyvät usein palautumaan psyykkiseen tasapainoon muutosten ja kriisien jälkeen. (Pietilä – Saarenheimo 2011: 14.) Voimavarojen ja osallistumisen tukeminen arkipäivässä ja elämän käännekohdissa tukee toimintakyvyn säilymistä. Mielekkääksi koettu toiminta ja yhteys muihin ihmisiin voidaan nähdä myönteisinä tekijöinä mietittäessä toimintakyvyn ylläpitämistä ja sen myötä hyvinvoinnin edistämistä. Ryhmämuotoinen toiminta tarjoaa tähän hyvän mahdollisuuden.

Mielenterveyskuntoutus käsitteenä on vakiintunut 2000-luvulla yleiskäsitteeksi. Mielenterveyskuntoutuksessa painotetaan arkielämän lähtökohtien, mielekkään toiminnan, sosiaalisen ympäristön ja osallisuuden merkitystä. Yrjö Lähteenmäen (2008) mukaan psykiatriassa mielenterveyskuntoutus on jaoteltu muun muassa vaikeisiin kroonisiin sairauksiin liittyvään kuntoutukseen ja lievempiasteisten psyykkisten häiriöiden kuntoutukseen. Mielenterveys muotoutuu koko elämän ajan ja koostuu monista eri osatekijöistä. Mielenterveystyössä onkin usein kyse laajemmasta kokonaisuudesta kuin yksinomaan terveydestä ja se koostuu useamman alan kuin ainoastaan terveydenhuollon toimista. (Järvikoski – Härkäpää 2011: 232–235 mukaan.) Mielenterveyden tukeminen eri elämänkaaren vaiheissa voi olla pieniä asioita arjessa, kunkin omista lähtökohdista käsin, esimerkiksi mielekkään toiminnan löytymistä sekä osallisuutta sosiaaliseen yhteisöön. Se on myös monipuolista ja monialaista yhteistyötä eri sosiaali- ja terveydenhuollon sektoreiden välillä.

Ikääntyneen yksinäisyyden kokemus voi olla masennuksen syy tai masennus voi kaaventaa sosiaalista vuorovaikutuskenttää ja altistaa siten yksinäisyydelle. Lääkehoito voi

auttaa masennuksessa, mutta yksinäisyyden korjaaminen vaatii yhteyttä toisiin ihmisiin. Miten esimerkiksi nämä kaksi toisiinsa limittyvää asiaa voisivat kohdata kuntoutuksen kentällä? Tarvitaan kohdennettuja ryhmämuotoisia toimintoja ikääntyneelle väestölle tukemaan toimintakykyä ja hyvinvointia. Tämän kehittämistyön tarkoituksena on kehittää ryhmämuotoista toimintaa kuvaamalla hyvä toimintatapa ryhmätoiminnassa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin (HUS) ja Helsingin yliopistollisen keskussairaalan (Hyks) vanhuspsykiatriassa.

Ammatillisen osaamisen kehittäminen ja kehittämistoiminnan parantaminen ovat edellytyksenä tuottaa palveluja monimutkaistuvassa ja muuttuvassa toimintaympäristössä (Korhonen – Julkunen 2007). Tom Arnkil, Jaakko Seikkula ja Robert Arnkil (2005) katsovat, että hyviä käytäntöjä ei ole mahdollista siirtää kuin esineitä, vaan hyvät käytännöt on luotava paikallisesti. Toisissa olosuhteissa kehitetty toimintamalli ei koskaan siirry tyhjään tilaan eikä täsmälleen samanlaiseen kontekstiin kuin se konteksti, jossa käytäntöä alun perin kehitettiin. (Korteniemi – Borg 2008: 52.) Paikallinen kehittäminen HUS, Hyks vanhuspsykiatriassa vahvistaa toimintatapoja ja ammatillista osaamista siinä kontekstissa, johon hyvää toimintatapaa kehitetään.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin psykiatrian toimintasuunnitelma (2010–2015) huomioi palvelujärjestelmän uudistukset terveydenhuollossa. Suuntana on muun muassa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon lähentyminen. Keskeisenä tavoitteena nähdään tasapuoliset palvelut potilaan asuinpaikasta riippumatta. Tavoitteena on myös lisätä potilaan osallisuutta ja valinnanmahdollisuutta omassa hoidossaan. Yhtenä tavoitteena mainitaan avopalvelujen kehittäminen ja avohoitopainotteisuuden lisääminen.

Tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoituksena on kehittää ja kuvata hyvä toimintatapa ryhmätoiminnassa HUS, Hyks vanhuspsykiatriassa. Ryhmätoiminnan kehittämisen tavoitteena on tukea ikääntyneen potilaan toimintakykyä mahdollisimman monipuolisesti. Kehittämistyössä yhtenä lähtökohtana ovat HUS:n arvot: yhdenvertaisuus, potilaslähtöisyys, luovuus ja innovatiivisuus, korkea laatu ja tehokkuus sekä avoimuus, luottamus ja keskinäinen arvostus (HUS-tietopankki).

2 Näkökulmia vanhenemiseen ja kuntoutukseen

2.1 Vanheneminen sosiaalisena ilmiönä

Vanheneminen ei ole ainoastaan joukko fysiologisia ilmiöitä. Sosiaalisena prosessina ikääntymistä on lähestytty eri asioita painottavien teorioiden kautta. Jyrkämä (2007) kuvailee neljää erilaista teoriaa vanhenemisestä: Elaine Cumming ja William Henry (1961) muotoilivat *irtaantumisteorian*, jonka mukaan ikääntyessä tapahtuva irtaantuminen on välttämätön, universaali ilmiö, joka toteutuu jokaisen kohdalla. *Aktiivisuusteorian* juuret ovat 1950-luvulla ja se painottaa irtaantumisen sijasta tasapainoisen aktiivisuuden ylläpitämistä, sopeutumista iän mukana tuomiin roolimenetyksiin ja pyrkimystä korvata niitä uusilla. Kolmas keskeinen yksilötason *jatkuvuusteoria* painottaa ihmiselämän jatkuvuutta myös ikääntyessä. Onnistuneeseen ikääntymiseen vaikuttavat elämän aikana omaksutut toimintamallit, päämäärät ja kyvyt sopeutua ikääntymisen myötä tuleviin muutoksiin. Tyytyväisyyttä luovat olemassa olleiden harrastusten jatkaminen, vaikka niistä suoriutuminen onkin muuttunut. Teorioita tarkasteltaessa huomion voi kiinnittää siihen, millaisia keinoja ja käyttäytymismalleja ne edustavat ajateltaessa ikääntymiseen sopeutumista. Teorioiden voidaan katsoa myös ilmentävän ikääntymiseen liittyviä metaforia. Esimerkkinä irtaantumis- ja aktiivisuusteoriat, joiden valossa ikäihminen nähdään heikkona ja hauraana sinnittelijänä tai aktiivisuuden ylläpitäjänä ja sopeutujana. (Jyrkämä 2007: 152–155.)

Neljäs tapa tarkastella vanhenemistä ja ikääntymistä on lähteä *arkisista käsitteistä*. Kaikki ihmiset haluavat elämänsä aikana tehdä valintoja omassa elämässään, kokea tyytyväisyyttä ja mielihyvää omista valinnoistaan ja omassa arkipäivässään. Ikääntyminen on yksilöllinen prosessi. Tärkeää on nähdä, mitä ihminen osaa tehdä, mihin hän kykenee, mitä hän haluaa ja mitä hänen täytyy tehdä. (Jyrkämä 2007: 152.) Kiinnostus asioista ja osaamisen ja pystyvyyden kokemukset omassa arjessa pitävät yllä mielialaa ja toimintakykyä. Esimerkiksi kiinnostus tavata muita ihmisiä säilyy, vaikka liikkuminen pelottaa. Pelon voittaminen lisää pystyvyyden tunnetta. Toimintakyvyn heikentyminen voi kaventaa mahdollisuuksia osallistua yksilönä yhteisön toimintaan. Erilaiset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut voivat osaltaan mahdollistaa ja tukea ikääntyneen toimintakykyä, osallistumista ja osallisuutta sekä yhteyttä ja sosiaalista vuorovaikutusta ihmisiin, joiden kanssa voi jakaa elämäänsä ja kokemuksiaan. Konkreettisesti tämä voi merkitä osallistumista koti- ja elinympäristössä apuvälineiden turvin arkisiin toimiin ja

mahdollisuutta liikkumiseen tai osallistumista järjestettyyn ryhmämuotoiseen toimintaan.

2.2 Gerontologia ja vanhustyö

Gerontologian tieteenala tutkii vanhenemista ja vanhuutta. Tutkimuskohteina ovat, millä tavalla ihminen muuttuu ikääntyessään, mitkä tekijät säätelevät vanhenemista ja miten näihin tekijöihin voitaisiin vaikuttaa. Gerontologia tutkii myös, millaisia seurauksia vanhenemisesta on yhteisölle. Gerontologinen tutkimus ulottuu monille tieteen aloille, esimerkiksi hoitotiede, kasvatustiede, kuntoutustiede, lääketiede, psykologia ja ravitsemustiede. Gerontologiaan kuuluu kliinisen lääketieteen alue geriatria, joka keskittyy iäkkäiden ihmisten sairauksien ehkäisyyn, tutkimiseen, hoitoon ja kuntoutumista edistävään toimintaan. Nimityksiä psykogeriatría, geropsykiatria tai vanhuspsykiatria käytetään psykiatrian tai geriatrian osa-alueesta, jossa keskitytään iäkkäiden ihmisten psykiatriin sairauksiin. Vanhustenhoito voidaan kokonaisuudessaan rajata käsittämään iäkkäiden hoitotyön, lääketieteellisen hoidon sekä kuntoutuksen. (Kivelä 2006: 15.) On hyvä ymmärtää, miten laaja on vanhenemista tutkiva tieteenala. Poikkitieteellisenä se ulottuu myös kuntoutustutkimukseen ja viime kädessä käytännönläheisten toimintatapojen kehittämiseen, esimerkkinä HUS, Hyks vanhuspsykiatriassa toteutettava ryhmätoiminta.

Vanhustyöllä tarkoitetaan kokonaisuutta, erilaisia toimintoja, jotka pyrkivät ikääntyneiden ja iäkkäiden ihmisten hyvinvoinnin, elämänlaadun, elämänhallinnan kykyjen ja turvallisuuden edistämiseen ja ylläpitämiseen. Sen keskeisiä osa-alueita ovat gerontologinen sosiaalityö, gerontologinen hoitotyö, geriatria, vanhuspsykiatria sekä gerontologinen fysioterapia ja toimintaterapia. Kaikkien osa-alueiden toiminta on perusteltua, tutkimuksiin perustuvaa. Osaamisen vahvistaminen on keskeinen vanhustyön valtakunnallinen haaste. Moniammatillisen yhteistyön merkitys kaikilla osa-alueilla on myös kansainvälisesti todettu merkittäväksi hyvän vanhustyön toteuttamiselle. (Kivelä 2006: 15.) Erilaisten toimintatapojen ja ryhmätoimintojen avulla on tavoitteena tukea toimintakykyä. Moniammatillinen yhteistyö on tärkeällä sijalla käytännön työskentelyssä ja antaa mahdollisuuksia laaja-alaiseen iäkkään ihmisen toimintakyvyn kohtaamiseen.

Normaalien vanhenemismuutosten aiheuttamat erityispiirteet tulee huomioida ennalta ehkäisevänä hoitona kuntoutumista edistävässä toiminnassa. Psykososiaalista ja ryhmämuotoista hoitoa on varsin vähän tarjolla ja sitä on myös vähäisesti tuotu esille kir-

joituksissa. Ryhmämuotoiset ja psykososiaaliset hoidot poikkeavat eri sairausryhmien kohdalla merkittävästi: esimerkiksi muistisairaana psykososiaalinen ryhmähoito on erilaista verrattuna mielenterveyshäiriöstä kärsivän hoitoon. (Kivelä 2006: 16, 28.) Kuten Kivelä toteaa, ikääntyneille suunnattua monipuolista ryhmämuotoista toimintaa on rajoitetusti tarjolla. Ikääntyneiden hoidossa tavoitteena on fyysisen, kognitiivisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn edistäminen ja elämänlaadun ylläpitäminen palvelu- ja hoitoketjujen kaikissa vaiheissa (Kivelä 2006: 73). Toimintakyvyn monipuolinen tukeminen edistää hyvinvointia.

2.3 Vanhusten mielenterveyshäiriöt ja kuntoutus

Vanhusten mielenterveyshäiriöt ovat varsin yleisiä: tutkimusten mukaan 16–30 % yli 65-vuotiaista kärsii jostakin mielenterveyden häiriöstä. Vanhusten mielialahäiriöt ovat merkittävä kansanterveydellinen ongelma ja mm. masennuksen hoidossa ja tunnistamisessa on edelleen kehittämisen tarvetta. (Koponen – Leinonen 2011: 630, 637.) Vanhusten mielialahäiriöt aiheuttavat paljon inhimillistä kärsimystä ja kuormittavat terveydenhuoltopalveluja. Vanhuksilla esiintyy samoja mielenterveydenhäiriöitä kuin työikäisilläkin. Häiriöt ovat myös merkittävässä osassa, kun puhutaan kotona suoriutumisen heikentymisestä ja toimintakyvyn alentumisesta iäkkään kohdalla. Toimintakyvyn alentuminen ja kotona pärjäämättömyys ovat usein syinä vuodeosastohoitoon vanhuspsykiatriassa.

Iäkkäät mielenterveyden ongelmista kärsivät ovat monesti vaarassa jäädä vaille avohoidon tarjoamia palveluja. Rajallisten resurssien myötä palvelut kohdentuvat usein työikäisille ja nuorille eli ikäryhmille, joilta odotetaan tuottavaa panosta yhteiskuntaan. Psyykkisesti sairaiden iäkkäiden ihmisten tukeminen on mahdollista nähdä myös yhteiskunnallisesti kannattavana, sillä myönteiset muutokset toimintakyvyssä ja elämänlaadussa voivat vähentää avuntarvetta ja lykätä laitoshoidon tarvetta. (Notko 2007: 236; Pietilä – Saarenheimo 2011: 41.) Ikääntyneille psykiatrisista ongelmista kärsiville henkilöille on edelleen vähäisesti tarjolla kohdennettua ryhmämuotoista toimintaa. Tämä tulee esille mietittäessä jatkopalveluja iäkkäälle potilaalle psykiatrisen sairaalajakson jälkeen. Esimerkiksi vanhuspsykiatrisen osastolla toteutetun tutkimus- ja hoitojakson jälkeen tai polikliinisten tutkimusten jälkeen voi olla haasteellista löytää potilaalle tarkoituksenmukaista ryhmätoimintapaikkaa.

Mielenterveystyössä on vaikeaa erottaa toisistaan hoito ja kuntoutus. Ensisijaisesti hoidon tavoitteena on vähentää sairauden oireita ja siihen liittyvää ahdistusta, inhimillistä kärsimystä ja hätää. Hoidon lähtökohtana on pitkälti psykiatriseen diagnoosiin perustuva hoitosuunnitelma ja hoitokeinoina lääkehoito ja psykoterapia. Kuntoutuksessa tavoitteena on tukea ihmisen mahdollisuuksia selvitä hänelle sopivissa sosiaalisissa rooleissa ja omassa toimintaympäristössään. Kysymyksessä on arkielämästä suoriutuminen sairaudesta huolimatta ja sen kanssa. Mielenterveyskuntoutuksen asiantuntijaryhmä totesi (2002), että erilaiset toimenpiteet eivät saisi jäädä irrallisiksi, vaan niiden olisi hyvä niveltä kokonaisuuteen tukien vuorovaikutusta, sosiaalista osallisuutta ja toimintakykyä. Pelkästään oleminen, ilman toimintaa, ei tue psyykkistä toipumista ja kuntoutumista. (Järvikoski – Härkäpää 2011: 236–237 mukaan.)

Ikääntyneiden elämänlaatuun vaikuttavat herkästi päivittäiseen selviytymiseen ja suoriutumiseen liittyvät ulkoiset tekijät (Lind – Valaste 2010: 17). Potilaiden ja kuntoutujien elämänlaatuun kiinnitetään psykiatriassa huomiota. Elämänlaatu voi kertoa miten psykiatrinen sairaus näkyy ja vaikuttaa potilaan arkisessa elämässä. Elämänlaatua korostettaessa ei välttämättä tavoitella parantumista vaan hoidon ja kuntoutuksen tavoitteena on monipuolisempi hyvinvointi ja päämääränä tyytyväisyyden kokemus. Näiden rakentamisessa potilas tai kuntoutuja voi olla mukana ja osallisena. (Saarni-Pirkola 2010: 5–6.) Rakennettaessa yhdessä elämänlaatua on tärkeää, että kuntoutuja tai potilas itse asettaa tavoitteita ja päämääriä sekä on toiminnassa toimijana. Kuntoutujan tai potilaan on helpompaa sitoutua päämäärään tähtäävään toimintaan silloin, kun on itse määritellyt sen tavoitteita.

Rainer Grönlundin väitöskirjan (2010) mukaan ikääntyneille suunnatun kuntoutuksen ydinkysymyksiä on toiminnan jäsentymisen sekä hoidon ja kuntoutuksen punaisen langan näkyväksi tekeminen osallistujille ja kuntoutujille (Grönlund 2010; Järvikoski – Härkäpää 2011: 270 mukaan). Mielekkääksi kokema toiminta ja sosiaalinen tuki voivat osaltaan tukea iäkkään ihmisen suoriutumista arjessa. Tukitoimien ymmärtäminen ja niiden tärkeäksi kokeminen sekä niveltäminen omaan elämään voi auttaa jäsentämään ja avaamaan hoidon ja kuntoutuksen punaista lankaa. Sekä osallisuus itseä koskeviin päätöksiin ja päätöksentekoon että toimintaan osallistuminen voivat osaltaan myös lisätä tätä ymmärrystä.

Ikääntyneiden hoidossa ja kuntoutuksessa suositellaan toteutettavaksi moniammatillista yhteistyötä. Psykiatriassa moniammatillisella yhteistyöllä on pitkät perinteet, tosin

sen toteutuminen eri muotoineen on vaihdellut eri aikakausina. Moniammatillinen yhteistyö toteutuu monenlaisissa toimintaympäristöissä ja yhteisöissä, joissa yhteistyössä on mukana monia eri asiantuntijoita. Jokaisella on oma osaamisensa ja asiantuntijuutensa annettavanaan työskenneltäessä yhteiseen tavoitteeseen pääsemiseksi. Moniammatillisen yhteistyön käsite kuvaa eri asiantuntijoiden ja ammattiryhmien yhteistyötä. Käsite on 1980-luvun lopulta ja se on vakiinnuttanut paikkansa Suomessa 1990-luvun aikana. (Isoherranen 2005: 9–10, 13.)

Moniammatillinen työskentely on käsitteenä laajempi kuin moniammatillinen tiimityö. Tiimit ovat kuitenkin monesti yksi tapa organisoida tämäntapaista yhteistyötä. Tällä pyritään mahdollistamaan ja kehittämään kokonaisvaltaista toiminnan mallia tiedon keräämiseen ja päätöksentekoon. Onnistuessaan tiedon kokoaminen ja yhteistyö voi tuottaa yhteisen jaetun merkityksen. (Isoherranen 2005: 9,15.) Jaetun merkityksen saavuttamiseen tarvitaan vuorovaikutusta eri ammattiryhmien välillä. Tavoitteena on yhteisesti tarkastella ja näin tuottaa enemmän kuin yksittäisen asiantuntijan panostus. Asiakkaan, kuntoutujan tai potilaan kokonaisvaltaista kohtaamista tukee tiimin vuorovaikutustapojen löytyminen ja tiedon yhdessä läpi käyminen. Kokonaisvaltaiseen näkemykseen ja kohtaamiseen kuuluu myös ottaa huomioon potilaan oma verkosto. Sirkka-Liisa Kivelä (2006) painottaa geriatrisen arvioinnin olevan ryhmätyötä. Hän toteaa, että tämä työryhmän jäsenten arviointi muodostuu työryhmän kokonaiskäsitteeksi.

3 Ryhmätoiminnan merkitys toimintakykyyn

Sosiaalipsykologian näkemys on, että ryhmiä tarvitaan muun muassa sellaisissa tehtävissä, joista yksilö ei yksin voi suoriutua. Ryhmissä keskeistä on niissä tehtävä yhteistyö. Yksittäisen henkilön voima voi joissain asioissa olla pieni ja rajallinen, mutta ryhmän muodostama yhteisvoima on sitä suurempi. Ryhmä voidaan nähdä yksilöä tehokkaampana, koska ryhmä voi aina aikaansaada sellaista, mikä yhdelle yksilölle on yksinään liian haasteellista. (Helkama – Myllyniemi – Liebkind 1999: 256.) Esimerkkinä ryhmän yhteisestä voimasta voidaan ajatella konkreettista fyysistä voimaa vaativaa suoritusta esimerkiksi auton liikkeelle työntämistä, mikä sujuu pienellä joukolla helpommin kuin yksin. Sosiaali- ja terveydenhuollossa ryhmämuotoinen toiminta voidaan nähdä myös kustannustehokkaana kuntoutus- ja hoitoratkaisuna. Samanlaisen elämäntilanteen jakavat ihmiset löytävät toisistaan voimaa ryhmässä. Tämä voikin merkitä

asiakkaalle, kuntoutujalle tai potilaalle enemmän kuin yksittäiset tapaamiset asiantuntijan kanssa.

Ryhmän rakennetekijöinä voidaan pitää ryhmän kokoa ja jäsenten taitoja ja persoonallisuuden piirteitä, erilaisuutta, viestintäverkkoa ja statushierarkiaa. Ryhmän tehtävään ja tarkoitukseen liittyvinä tekijöinä voidaan nähdä ryhmän perustehtävän luonne, tehtävän vaikeus ja tehtäväkohtaiset vaatimukset (esimerkiksi käytettävissä oleva aika) sekä tavoite. Ympäristötekijöihin voidaan liittää fyysinen ympäristö, esimerkiksi teknologia, käytettävissä oleva tila, ryhmän asema suuremmassa organisaatiossa ja sen suhde muihin ryhmiin. (Niemistö 2004:35.)

Ryhmän yleisinä tunnusmerkkeinä voidaan myös pitää sen jäseniä, tarkoitusta, sääntöjä ja vuorovaikutusta, työnjakoa ja rooleja sekä johtajuutta. Voidaan ajatella, että ryhmässä on tiettyä säännönmukaisuutta, jonka varassa se toimii. Ryhmällä on tarkoitus, joka ohjaa ryhmän toimintaa. Tarkoitus on laajempi käsitys kuin tavoite tai perustehtävä. Tarkoitus kertoo, miksi ryhmä on olemassa eli se on ryhmän olemassaolon syy. Ryhmien toiminnan voidaan nähdä heikkenevän ja toiminnan lakkaavan, jos niiden säännöt, tavat toimia, kokoonpano tai toiminta ei ole tarkoituksenmukaisia. Tarkoituksenmukainen toiminta voidaan summata tavoitteeseen ja tavoite voidaan jakaa osatavoitteisiin. (Niemistö 2004: 16, 34–35.) Vanhuspsykiatriassa toteutetut ryhmät, sekä osastolla että poliklinikalla, ovat osa hoitoa ja kuntoutusta. Ryhmät koostuvat potilaista ja ohjaajista ja ovat olemassa potilaita varten. Ryhmien toiminta on tarkoituksenmukaista tiettyihin toimintamalleihin ja sääntöihin perustuvaa. Ryhmillä on toimintakykyä edistävä tai ylläpitävä tavoite.

Ryhmätoiminnan oleellisina tekijöinä voidaan siis nähdä lähtötekijät, ryhmässä syntyvät ilmiöt ja tulokset. Lähtötekijät ovat ryhmän kehitysehtoja. Ne vaikuttavat siihen, mitä ryhmä voi saavuttaa ja missä rajoissa ryhmän on mahdollista toimia. Ryhmässä syntyvät ilmiöt kertovat puolestaan ryhmän dynamiikasta, tahallista tai tahattomista ryhmäilmiöistä. Dynamiikka kertoo myös ryhmän muuttumisesta ja mahdollisesta kehitymisestä. Nämä ilmenevät esimerkiksi ryhmäläisten osallistumisessa, vuorovaikutuksessa, rooleissa sekä ryhmän säännöissä ja normeissa. Tuloksiin vaikuttavat suorituksen tehokkuus, kuinka tulokseen päästään, tuottavuus, ryhmän jäsenten hyvinvointi ja tyytyväisyys. Tulokset kertovat sekä ryhmän sisäisistä että ulkoisista saavutuksista. (Helkama ym. 1999: 261–262; Niemistö 2004: 21–22.) Tarkastelu ja jaottelu osoittavat ryhmätyöskentelyn monikerroksisuuden ja ryhmässä syntyvien ilmiöiden dynaamisen

luonteen. Ryhmätoiminnan tuloksiin vaikuttavat työskentelytavat, ryhmän ohjaus ja käytetyt menetelmät sekä ryhmäläisten kokema hyöty toiminnasta.

3.1 Kuntouttavan ryhmätoiminnan luonnehdintaa

Opitun avuttomuuden tilassa ihmisen usko omiin mahdollisuuksiin horjuu ja pyrkimykset sammuvat. Tällaisia muutoksia on Markku Ojanen (2003) raportoinut erityisesti psykiatrisilla potilailla pitkän hoitojakson aikana. Hän korostaa, että hoidon aikana onkin huolehdyttävä siitä, että potilasta ei passivoida vaan puolestaan aktivoidaan. (Järviskoski – Härkäpää 2011: 133 mukaan.) *”Ryhmätoiminnassa on elementtejä, joiden turvin potilas rohkaistuu elämään täyttää elämää, eikä vain potilaan elämää.”* Potilaan tai kuntoutujan omaa toimijuutta tuetaan monipuolisesti erilaisissa ryhmämuotoisissa toiminnoissa. Ne tukevat pystyvyyttä esimerkiksi konkreettisia taitoja porrastetusti opettelemalla. Vanhuspsykiatrian osastolta esimerkkinä rentoutusryhmässä toistetut rentoutusharjoitukset, jotka herättelevät useiden toistojen avulla valmiuksia ja taitoja. Näitä taitoja voi hyödyntää omassa elämässään, esimerkiksi tehden harjoituksia illalla, jos on nukahtamisen vaikeutta.

Ryhmä voi toimia oman toiminnan ja sosiaalisen identiteetin peilipintana. Ryhmässä ihmisten on mahdollista oppia toisiltaan. Ryhmän toimiessa ja sen toiminnassa on nähtävissä paljon yhteistä ryhmän keskinäistä jakamista ja tukea. Ryhmään kuulumisen ja toimintaan osallistuminen voi auttaa omien tuntemustensa esille tuomista ja sitä kautta myös lisätä itsetuntemusta. Ryhmässä on mahdollista oppia ymmärtämään omia tuntemuksiaan, oppia eläytymään ja ymmärtämään myös muiden elämäntilannetta, huomioida muita ja tulla itse huomioiduksi. (Hautala – Hämäläinen – Mäkelä – Rusi-Pyykönen 2011: 161–162.) Ryhmätoiminnassa on näin mahdollisuus kokea vertaistukea, ymmärtää muita ja tulla myös itse ymmärretyksi sekä kasvattaa itsetuntemusta ja itseluottamusta.

Toiminta jäsentää aikaa ja tuo rakennetta arkeen ja elämään. Tekemällä asioita, luomalla ja ylläpitämällä rutiineja sekä muodostamalla tapoja luomme säännöllistä rytmiä elämäämme. (Hautala ym. 2011: 31). HUS, Hyks vanhuspsykiatrian vuodeosastoilla ja poliklinikalla toteutettujen ryhmien yhtenä yleisenä tavoitteena voidaan pitää päivä- ja viikkorytmin tukemista mielekkäillä rutiineilla, esimerkiksi terapeuttisten ryhmätoimintojen kautta. Pyrkimyksenä on tarjota potilaille mahdollisuus osallistua hoitoa ja kuntoutu-

tumista tukevaan ryhmätoimintaan, esimerkiksi itsetuntemuksen ja itseluottamuksen lisäämiseen ja itseilmaisun tukemiseen.

Ihmisen toimintaa voidaan tarkastella toimintakyvyn käsitteen kautta. Mahdollisen toimintakyvyn tutkimisen ja tarkastelun rinnalle on noussut näkökulma, joka täydentää toimintakykyä koskevaa ajattelua ja painopiste on siirtymässä siihen, miten ihmiset käyttävät tai eivät käytä toimintakykyään. Maailman terveysjärjestön WHO:n kehittämässä ICF-luokituksessa (International Classification of Functioning, Disability and Health, suomennettuna Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus) tämä tarkoittaa painopisteen siirtymistä suorituskyvyn selvittämisestä osallistumiseen. (ICF, Stakes 2010; Järvikoski – Härkäpää 2011: 100–101.)

ICF-malli muodostaa viitekehyksen, jossa tarkastellaan ihmisen toimintakykyä ja toimintarajoitteita ihmisen terveydentilan ja tilannetekijöiden sekä ympäristötekijöiden ja yksilöllisten tekijöiden dynaamisen vuorovaikutuksen tuloksena. Tämä kuvastaa myös toiminnan dynaamista luonnetta, jolloin yhteen osa-alueeseen kohdistuneet asiat vaikuttavat suoraan tai epäsuorasti useampaan osa-alueeseen. (Järvikoski – Härkäpää 2011: 96; Sipari 2008: 26.) Ikääntyneillä yhden toimintakyvyn osa-alueen muutos voi nopeasti heikentää toimintakykyä kokonaisuudessaan. Toimintakykyyn vaikuttavat suoraan esimerkiksi muutokset terveydentilassa, jotka voivat asettaa rajoitteita liikkumiselle ja osallistumiselle.

Painopisteen muutos täydentää toimintakykyyn liittyvää ajattelua ja kiinnostus kliinisessä työskentelyssä voi siirtyä suorituskyvyn objektiivisesta arvioimisesta ihmisen omaan kokemukseen toimintakyvystään ja toimintaympäristöstään. Ryhmä tarjoaa yksilölle erilaisen toiminnallisen ympäristön ja tilanteita, joissa on mahdollista turvallisesti harjoitella erilaisia suoriutumiseen liittyviä asioita, esimerkiksi sosiaalisia taitoja. Ryhmätoiminta vanhuspsykiatriassa on yksi tapa tukea osallistumista.

3.2 Ihmiskäsitys ryhmätoiminnan ohjauksessa

Terveysalan käytännöt, väestön ja ihmisten tarpeet sekä työn taustalla olevat teoreettiset ja ammatilliset viitekehykset vaikuttavat siihen, millaisia ryhmiä toteutetaan (Hautala ym. 2011: 162–163). Ohjaamisen yhtenä kulmakivenä voidaan nähdä oppimisympäristön rakentaminen niin, että se tukee ohjattavan kasvuprosessia. Tapahtuvaa kasvua ja

muutosta ei voi suunnitella pidemmälle, mutta sille voidaan luoda edellytyksiä. (Ojanen 2006: 137.)

Ryhmän aloitusvaiheessa toivon herättäminen, tiedon jakaminen ja samankaltaisuuden ja vertaisuuden kokeminen luovat tulevalle työskentelylle hyvän pohjan. (Hautala ym. 2011: 169). Toivon herättäminen ja ylläpitäminen on tavoitteena myös HUS, Hyks vanhuspsykiatrian hoidossa ja kuntoutuksessa. Toiminnan porrastaminen tukemaan kuntoutujan olemassa olevia voimavaroja edistää kuntoutumista ja toipumista. Sairaus voi joskus muodostua niin kiinteäksi osaksi omaa identiteettiä, että usko itseensä toimijana ja omaan toimintaan on horjuvaa ja vähäistä. Kokemus arkipäivän onnistumisesta synnyttää myönteisen kokemuksen omasta suoriutumisesta.

Kuntoutujan tai potilaan omatoimisuuden arvostaminen ei tee ohjausta tarpeettomaksi vaan parhaimmillaan se tukee kuntoutujaa tai potilasta kohti omatoimisuutta. Ryhmätoiminnassa ohjauksen antamalla tuella voidaan lisätä kuntoutujan ymmärrystä omasta toimintakyvystään ja mahdollisuuksistaan. Yhdistämällä potilaiden kokemusasiantuntemus ja ammattilaisen osaaminen voidaan nostaa esille osallistujien omia näkemyksiä ja kokemuksia. Näin voidaan tukea potilaita myös omien kokemustensa arvostamisessa. Vertaisten kokemusten kuuleminen tukee potilasta oman elämäntilanteen hahmotamisessa ja jäsentymisessä. Oman kokemuksen hyödyntäminen osana toisen toipumista edistää myös omaa kuntoutumista. (Koskisuu 2004: 174–175.)

On myös tuotava esille, että erilaiset palveluympäristöt tukevat erilaisiin asiakasrooleihin (Koskisuu 2004: 174–175). Esimerkiksi sairaalaympäristössä vuodeosastolla korostuu usein ja väistämättä potilaan rooli, joka voidaan nähdä ja kokea passiivisena vastaanottajan roolina ja toimintojen objektina. Ryhmämuotoisessa toiminnassa korostuu usein ihmisen aktiivisempi toimijan rooli. Ryhmämuotoinen työskentely mahdollistaa erilaisten näkökulmien ja kokemusten moniäänisyyden, mikä voi osaltaan rohkaista potilasta koko toipumis- ja kuntoutumisprosessissaankin aktiivisempaan rooliin.

3.3 Ryhmätoiminnan merkityksen jäsentyminen oppimisen kautta

Kognitiivisen oppimisnäkemysyksen yhtenä suuntauksena tunnetaan konstruktivistinen oppimisnäkemys. Konstruktivismi ei sinällään ole oppimisteoria vaan tiedon oletusta koskeva näkemys. Konstruktivistinen tietokäsitys lähtee siitä, että tieto ei voi olla tietäjästä riippumatonta vaan yksilön itsensä ja yhteisön rakentamaa. Oppiminen on pe-

rusluonteeltaan sosiaalista ja yhteisössä syntyvää. Oppiminen sinänsä on yksilöllistä, mutta toteutuu suuressa määrin sosiaalisessa yhteisössä. Tämän perusteella oppiminen ei ole passiivista vastaanottamista vaan aktiivista kognitiivista toimintaa, jossa tulkitaan esiintyviä havaintoja ja uutta tietoa entisen tiedon ja kokemuksen pohjalta. Oppiminen nähdään myös kontekstisidonnaisena eli kulttuuriin ja tilanteeseen sidonnaisena. Oppija puolestaan nähdään uuden tiedon konstruoijana, jossa keskeistä on uuden tiedon valikointi, tulkinta ja muokkaaminen kuten kognitiivisessa oppimisteoriassa. (Atjonen – Uusikylä 2005: 145; Järvikoski – Härkäpää 2011: 175; Ojanen 2006: 40–41.)

Kuntouttavaan ryhmämuotoiseen toimintaan voidaan perustellusti valita tämänsuuntainen lähestymistapa, jossa yhteisön merkitys on osa oppimisen prosessia. Tämänsuuntainen käsitys on painottunut myös hoito- ja kuntoutumisprosessissa vanhuspsykiatriassa. Tämä on yksi näkökulma lähestyä ryhmämuotoista toimintaa ja ohjausta. Jokaisella ryhmäläisellä on oma arvonsa sekä yleisesti ihmisenä että erityisesti ryhmän jäsenenä. Jokainen ryhmäläinen tuo ryhmään oman historiansa ja tapansa käsitellä kokemuksia ja tietoa. Sellaista tietoa, joka on siirrettävissä kuntoutujan tai potilaan omaan arkipäivään.

Oppiminen voidaan myös nähdä yhtenä inhimillisen toiminnan luonnollisena osatekijänä. Oppimista tapahtuu erilaisissa arkipäivän tilanteissa niin keskustelussa kuin toiminnassakin. Oppiminen on mahdollista nähdä myös suhteellisen pysyvänä muutoksena toiminnassa, ajattelussa ja toimintamahdollisuuksissa. Kaikkea arkielämän kokemusta ei voi yhdistää oppimiseen. Keskeistä on antaa merkitys kokemalleen ja olennaista on se, kuinka onnistumme tulevaisuudessa hyödyntämään kokemusiamme ja oppimaamme. Kuntoutumista voidaan tarkastella myös monipuolisena oppimisprosessina. Kuntoutuminen voi merkitä esimerkiksi jo opittujen asioiden opettelua uudella tavalla. Kuntoutujan kannalta oppiminen voi tarkoittaa, että hän oppii seuraamaan omia reaktioitaan ja reagoimaan merkkeihin hyvissä ajoin. (Järvikoski – Härkäpää 2011: 171 – 172.) Esimerkkinä mielenterveyskuntoutuksessa kuntoutujille suunnatut oireidenhallintaryhmät, joissa oireiden ennakotunnistamista ja hallintaa opetellaan muun muassa kaksisuuntaisen mielialahäiriön kohdalla. Oireiden tunnistaminen voi estää sairauden pahentumista.

Kuntoutujan kuntoutustarpeen taustalla on usein tilanne, jossa hän tarkastelee kokonaisuudessaan elämäntilannettaan uudesta, joskus hyvinkin erilaisesta näkökulmasta. Aikaisemmat tavoitteet hämärtyvät ja kiinnostus ympäristöön sekä muuhun voi kadota.

Kuntoutuja asettuu uudessa tilanteessa miettimään elämänsä suuntaa, pyrkimyksiä ja tavoitteita. Luonnollisesti erilaiset elämäntilanteet ja vaiheet elämän aikana voivat aika ajoin vaikeuttaa ja heikentää oppimismahdollisuuksia. (Järvikoski – Härkäpää 2011: 51.) Ikääntyneen ihmisen tilanteet voivat olla moninaisia. Liikkumisen apuvälineeksi tulisi hyväksyä rollaattori, koska on olemassa riski kaatua ja liikkuminen on käynyt turvattomaksi. Apuvälineen hyväksyminen osaksi omaa arkea, toiminnan mahdollistajana, voi viedä aikaa. Omat haasteensa tuovat läheisten ja ystävien menetykset, jotka voivat vaikuttaa omaan sosiaaliseen asemaan ja vähentää ihmissuhteita ja vuorovaikutusmahdollisuuksia yksinäisempään suuntaan.

Oppimisprosessit nähdään usein myönteisinä. On mahdollista, että tapahtuu oppimista, joka ei ole tavoiteltua ja toiveiden mukaista eikä aina edes hyväksi. Kuntoutujan suunta voi olla kohti alistumista ja hän voi kokea toimintamahdollisuuksien kaventumista valtaistumisen, tietopohjan ja tietoisuuden laajentumisen sijasta. Parhaimmillaan oppimistapahtumaan voidaan liittää kuntoutumiseen liittyvät valtaistuminen ja identiteettityö. Valtaistumisella (empowerment) tarkoitetaan kuntoutujan vaikutusmahdollisuuksien, itsemääräämisen, osallisuuden ja hallinnan kokemuksen vahvistumista (Järvikoski – Härkäpää 2011: 51).

Kokemuksellisen oppimisen prosessissa ihminen rakentaa tietoa omakohtaisen kokemuksen pohjalta. Keskeisenä nähdään reflektiivisyys, jolla viitataan toiminnan perusteiden tarkasteluun, analysointiin ja pohdintaan. Kokemuksen reflektointi antaa mahdollisuuksia ymmärtää entistä paremmin tarkasteltavaa ilmiötä sekä mahdollistaa käsitteellisen tarkastelun. Rainer Grönlund (2010) tuo tutkimuksessaan esille, että vanhus-ten kuntoutuslaitoksessa toteutetussa kuntoutuksessa ei käytetty riittävästi mahdollisuutta heränneiden kokemusten reflektointiin eli koettujen asioiden huomiointi ei ollut riittävä. Grönlund nostaa esille, että kuntoutujalle on tarjottava riittävät mahdollisuudet reflektointiin, sillä tämä edistää koetun tiedon siirtymistä hänelle voimavaraksi ja käyttövoimaksi elämässään kuntoutusjakson jälkeen. (Grönlund 2010: 118; Järvikoski – Härkäpää 2011: 171–179.)

Uudet tavoitteet ja tuki mahdollistavat erilaisen kasvun ja oppimisen. Kuntoutumisen onnistumisen kannalta suotuisa ja myönteisiä kokemuksia tarjoava ilmapiiri on tärkeä. Kuntoutustoiminnassa on tarkoituksenmukaista suunnata työskentelyä alueelle, jolla kuntoutuja tai potilas itse kykenee suoriutumaan ja selviytymään tuen, ohjauksen tai sopivien olosuhteiden turvin. Onnistuneen työskentelyn tuloksena syntyy onnistumisen

kokemuksia. Huomion kohteena ovat kykyjen lisäksi myös kuntoutujan ymmärrys ja toiminnan mahdollisuudet. (Järvikoski – Härkäpää 2011: 171–179.) Tavoitteiden tulisi ensisijaisesti nousta yksilöstä ja hänen kehitystarpeistaan.

3.4 Yhteenveto vanhenemisesta ja ryhmätoiminnasta

Ikääntymiseen liittyvien lääketieteellisten ja poikkitieteellisten teorioiden tunteminen voi auttaa ymmärtämään ja jäsentämään yksilön kohdalla ikääntymiseen liittyviä ongelmia. Ikääntyminen ei ole ainoastaan fysiologinen ilmiö eikä pelkästään yksilöä koskettava prosessi. Sosiaaliset teoriat luonnehtivat ikääntymistä painottaen eri asioita: irtaantumisen universaalin prosessin, tasapainoisen aktiivisuuden ylläpitämisen, ihmiselämän jatkuvuuden tai arkisten käsitteiden, toimintojen ja valintojen näkökulmista. Ikääntyminen nähdään yksilöllisenä prosessina, joka koskettaa ympäröivää yhteisöä. Nämä näkökulmat voivat auttaa ymmärtämään niitä käyttäytymismalleja ja keinoja, joilla ikääntymiseen suhtaudutaan. Näin ne voivat ohjata ymmärtämään ikääntymistä ja auttaa kohtaamaan vanhenevaa ihmistä. Todellinen kohtaaminen tapahtuu kuitenkin oikeassa elämässä, oikeiden ihmisten kesken eikä teorioiden kautta.

Kaikkien kohdalla eläkkeelle jääminen ei ole tyytyväisyyden aihe. Työelämän sosiaalisten suhteiden tilalle ei olekaan välttämättä helppoa löytää uusia tai korvaavia ihmissuhteita. Yksinäisyyden kokemus, luopumiset ja erilaiset elämän kriisitilanteet voivat tehdä ikääntyneen hauraaksi ja heikentää hänen arkista suoriutumista. Ne voivat myös altistaa masennukselle tai nostaa esille muita mielenterveyden ongelmia. Ikääntynyt ihminen voi ensimmäistä kertaa elämässään ohjautua psykiatriseen hoitoon. Iäkkään hoidossa ja kuntoutuksessa toimintakyvyn monipuolinen tukeminen on tärkeää. Fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen toimintakyvyn tukeminen lisää elämänlaatua, pitää yllä kiinnostusta ja pystyvyyden tunnetta. ICF Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus painottaakin osallistumisen näkökulmaa.

Normaalit vanhenemiseen liittyvät muutokset tulee huomioida myös ennaltaehkäisevisä kuntouttavissa toiminnoissa. Psykososiaalista ryhmämuotoista hoitoa on ikääntyneille tarjolla vähäisesti. Ryhmätoimintojen on todettu vaikuttavan myönteisesti yksinäisyydestä kärsivien fyysiseen, kognitiiviseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Ryhmätoiminnan merkitys ikääntyneen elämässä on ylläpitää ja edistää sosiaalista vuorovaikutusta, hyvinvointia ja terveyttä sekä lisätä osallisuutta.

Sosiaalipsykologian näkemys ryhmästä korostaa sitä, että ryhmän voima on yksilön voimaa suurempi. Ryhmä rakentuu jäsenistään, se toteutuu aina jossain ympäristössä ja sillä on tehtävä ja tarkoitus. Toiminnallisten ryhmien tavoitteet määräytyvät sekä yksittäisestä osallistujasta että ryhmän yleisistä tavoitteista käsin. Ryhmätoiminnassa voidaan nähdä elementtejä, jotka tukevat potilaan tai kuntoutujan toimijuutta ja aktiivista roolia. Ryhmätoiminnassa nähdään tärkeänä keskinäinen jakaminen ja tukeminen. Ryhmä voi olla oman toiminnan ja sosiaalisen identiteetin peilipinta. Ryhmässä on mahdollisuus kokea vertaistukea, ymmärtää muita ja tulla itse ymmärretyksi.

Ryhmien toteuttamiseen ja niiden luonteeseen ovat vaikuttaneet terveysalan käytäntöjä ohjaavat mallit, taustalla olevat teoreettiset ja ammatilliset viitekehykset. Ryhmän aloituksessa tärkeää on toivon herättäminen ja sen ylläpitäminen. Samankaltaisuuden ja vertaisuuden kokeminen luovat hyvän pohjan yhteiselle työskentelylle ja oppimiselle. Konstruktivistinen oppimisenäkemys korostaa sitä, että oppiminen on perusluonteeltaan sosiaalista, yhteisössä syntyvää, vaikka oppiminen onkin yksilöllistä.

4 Toimintaympäristönä HUS, Hyks psykiatriakeskus

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin virallisena lyhenteenä käytetään nimitystä HUS-kuntayhtymä. Sairaanhoitopiiri jakaantuu kunnittain sairaanhoitoalueisiin ja Helsingin seudun yliopistolliseen keskussairaalaan, jonka lyhennyksenä käytetään HYKS-sairaanhoitoalue nimitystä. HYKS-alueeseen kuuluvat pääkaupunkiseudun kunnat Espoo, Helsinki, Kauniainen, Kerava, Kirkkonummi ja Vantaa. Sairaanhoitopiirin pääasiallisena tehtävänä on tuottaa jäsenkunnilleen erikoissairaanhoidon palveluja. Psykiatrian toimialan Helsingin toiminnoista valtaosa on sijoitettu HUS, Hyks psykiatriakeskukseen. Vanhuspsykiatrian klinikkaryhmän toimipaikat sijaitsevat Helsingissä ja Vantaalla. Psykiatriakeskuksessa sijaitsee kolme vanhuspsykiatrian vuodeosastoa, joiden lisäksi Vantaalla, Peijaksen alueella on vanhuspsykiatrian vuodeosasto. Vanhuspsykiatrian klinikkaryhmään kuluu vuodeosastojen lisäksi myös Helsingin ja Vantaan vanhuspsykiatrian poliklinikat. (HUS 2010; Vanhuspsykiatria 2011.)

4.1 Palvelut HUS, Hyks vanhuspsykiatriassa

Vuodeosastot ja poliklinikat palvelevat alueellaan asuvia iäkkäitä, pääasiassa yli 65-vuotiaita. Vanhuspsykiatrian osastolle tullaan lääkärin läheteellä. Sinne ohjautuvat potilaat, jotka kärsivät masennuksesta, muusta mielialahäiriöstä tai myöhäsiän psykoottistasoisista häiriöistä. Lisäksi dementiapotilaat, joilla on vanhuspsykiatrasta erityisosaamista vaativia liitännäisoireita sekä potilaat, joiden hoito vaatii erotusdiagnostista selvittelyä. Hoito vaatii usein diagnostista selvittelyä, hoitoneuvotteluja ja kotikäyntejä. Vuodeosastolle tultaessa avohoidon palvelut ja läheisten keinot ovat tilapäisesti olleet riittämättömiä. (HUS 2012.)

Vuodeosastot ovat suljettuja akuutteja tutkimus- ja hoito-osastoja. Vuodepaikkoja on 12–18, osastosta riippuen. Potilaan hoitoaika osastolla on yksilöllinen ja vaihtelee keskimäärin noin kolmesta kuuteen viikkoon. Osastojen hoitotyö perustuu hoitoryhmämalliin sekä geriatriksen psykiatrian erityisosaamiseen. Hoidon päämääränä on oikea-aikainen potilaslähtöinen hoito ja kumppanuus perusterveydenhuollon kanssa. Tarvittava jatkoahoito suunnitellaan yksilöllisesti potilaan, avohoidon ja läheisten kanssa. Suunnitelma perustuu muun muassa tutkimus- ja hoitojaksolla saatuihin tuloksiin. (HUS 2012.)

Poliklinikalla toteutetaan tutkimus- ja hoitojaksoja polikliinisesti, tarvittaessa myös kotikäyntien muodossa. Poliklinikan tehtäviä ovat myös konsultaatiot sairaaloihin, konsultaatiokäynnit, mentoroinnin tarjoaminen palvelutaloihin erilaisiin asumis- ja hoitoyhteisöihin (esimerkiksi hoitokodit, dementiayksiköt ja muut asumisyksiköt) sekä yhteistyö perusterveydenhuollon kanssa. Poliklinikalle potilaat ohjautuvat läheteillä tai sovitusti jatkohoitoon osastohoidon jälkeen. Vantaan poliklinikalla tehtäviin kuuluu myös ryhmämuotoinen kuntoutustoiminta. (HUS 2010.)

Vuodeosastoilla ja poliklinikoilla työ perustuu moniammatilliseen erityisosaamiseen. Moniammatilliseen työryhmään kuuluvat ylilääkäri, 1–2 sairaalalääkäriä, osastonhoitaja, sairaanhoitaja, fysioterapeutti, psykologi, sosiaalityöntekijä ja toimintaterapeutti. (HUS 2012.) Moniammatillisen työryhmän kokoonpano vaihtelee jonkin verran toimipisteestä riippuen: Helsingissä työryhmään kuuluu kolme psykiatrian erikoislääkäriä, yksi erikoistuva lääkäri, kaksi psykiatrasta sairaanhoitajaa, psykologi, sosiaalityöntekijä ja osastonsihteri. Vantaalla työryhmään kuuluu 1–2 osastonlääkäriä, kaksi sairaanhoitajaa, psykologi, sosiaalityöntekijä, toimintaterapeutti ja osastonsihteri. (HUS 2010.) Erityistyöntekijöiden työpanos jakautuu usein sekä vuodeosastolle että poliklinikalle ja myös muihin klinikkaryhmiin.

4.2 Potilaana vanhuspsykiatriassa

Jokaiselle vanhuspsykiatrian potilaalle laaditaan yksilöllinen hoitosuunnitelma. Hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa sovelletaan tunnettuja hyviä hoitokäytäntöjä ja mahdollista näyttöön perustuvaa tietoa. Kaikessa hoidossa on aktiivisesti huomioitu kuntouttava ote ja potilaslähtöinen lähestymistapa. Keskeisinä tavoitteina hoidossa on pitää yllä toivoa, rakentaa luottamusta ja kumppanuutta potilaan kanssa sekä luoda uskoa vaikeuksista selviämiseen. Potilaan kanssa suunnitellaan yhdessä tarvittavat tukitoimet. Tukitoimien tarkoituksena on edistää potilaan itsenäistä suoriutumista, toimintakykyä, potilaan omien tavoitteiden löytämistä ja toteuttamista sekä osallisuutta yhteiskunnasta. Eri hoito- ja kuntoutusmuodot integroidaan tarpeen mukaisesti osaksi kuntoutus- ja hoitoprosessia. (Järvikoski – Härkäpää 2011: 233–234.)

HUS, Hyks psykiatrian toimialalla potilasryhmälähtöiset toimintakäytännöt ovat tulleet osaksi potilastyön toteuttamista. Potilasryhmälähtöisellä tarkoitetaan esimerkiksi mielialasairauksien ja psykoosisairauksien hoitolinjauksia. Hoitolinjoihin ollaan siirtymässä lähitulevaisuudessa vanhuspsykiatriassa. Tämä asettaa uusia haasteita ryhmämuotoisen toiminnan toteuttamiselle.

Vanhuspsykiatristen potilaiden viikko- ja päivärytmiä vuodeosastolla ohjaavat paljolti osaston ja sairaalan aikataulut ja rutiinit: ruokailut, tutkimus- ja hoitajaksoon sisältyvät tutkimukset sekä hoidolliset tapaamiset esimerkiksi omahoitajan ja lääkärin kanssa. Vuodeosaston potilaiden kanssa tehdään hoidon jossain vaiheessa henkilökohtainen viikko-ohjelma, johon merkitään ne ryhmät, joihin potilaalla on kiinnostusta osallistua tai jotka ovat muuten hänelle merkityksellisiä. Ryhmätoimintoja on tarjolla arkipäivinä.

4.3 Ryhmätoiminta HUS, Hyks vanhuspsykiatriassa

Psykiatriassa ryhmämuotoisella toiminnalla on pitkät perinteet. Ryhmätoiminnot ovat osa potilaan kuntouttavaa hoitoa näin myös HUS, Hyks vanhuspsykiatrian vuodeosastoilla ja poliklinikalla Vantaalla. Ryhmätoiminnot toteutuvat pääsääntöisesti erityistyöntekijöiden palveluina osastoille ja poliklinikalle. Ryhmätoimintojen toteuttamisessa kukin ammattiryhmä tuo kliiniseen potilastyöhön oman ammatillisen asiantuntija- ja erityisosaamisensa ja terapeuttisen lähestymistapansa. Palveluja toteuttavat muun muassa

fysioterapeutti, musiikkiterapeutti, kuvataideterapeutti ja toimintaterapeutti. Ryhmiä ovat esimerkiksi fysioterapeutin ja liikunnanohjaajan ohjaama kuntosaliryhmä, kuvataideterapeutin ohjaama kuvataideterapiaryhmä, musiikkiterapeutin ohjaamat musiikin kuunteluryhmä ja yhteislaulu toteutetaan yhteistyössä toimintaterapeutin kanssa. Rentousryhmää ohjaavat fysioterapeutti ja toimintaterapeutti ja lisäksi on toimintaterapeutin ohjaamat toimintaterapiaryhmät sekä kahden toimintaterapeutin yhdessä ohjaama keittiötoimintojen ryhmä.

Ryhmiä toteutetaan sekä osastolla että poliklinikalla tai osaston tai poliklinikan ulkopuolella ryhmätoimintaan sopivissa terapiatiloissa, esimerkiksi liikuntasalissa, kuntosalissa, keittiötilassa, monitoimitilassa tai musiikinkuuntelusalissa. Riittävät ja tarkoituksenmukaiset tilaresurssit ovat kysymyksiä, jotka on aina huomioitava ryhmätoiminnan suunnittelussa.

Vuodeosastolla toteutettavat ryhmät ovat pääsääntöisesti avoimia matalan kynnyksen ryhmiä, jotta osallistumisen edellytykset olisivat potilaalle helppoja. Vantaan vanhuspsykiatrian poliklinikalla ryhmät toteutetaan suljettuina ja määräaikaaisina. Ryhmien ohjauksessa moniammatillisuutta on hyödynnetty rentousryhmän, musiikinkuunteluryhmän ja kuntosaliryhmän ohjauksessa. Vantaan vanhuspsykiatrian poliklinikalla ryhmiä ohjaavat työpareina pääasiassa psykiatrinen sairaanhoitaja ja toimintaterapeutti sekä fysioterapeutti ja psykiatrinen sairaanhoitaja. Helsingin vanhuspsykiatrian poliklinikalla on yhteistyössä fysioterapeutin ja psykiatrisen sairaanhoitajan kanssa aloitettu rentousryhmä.

Vanhuspsykiatriassa ryhmien yksi tarkoitus ja olemassaolon perusta on niiden asettuminen osaksi kuntouttavaa hoitotyötä. Yksittäisten ryhmien nimi ja sisältö voivat osaksi määräytyä ohjaajan, esimerkiksi erityistyöntekijän, ammattitaustasta käsin. Ryhmien yleisenä tavoitteena osastolla on tuoda potilaalle mahdollisuuksia luoda päivärytmiä ja työskennellä itsensä kanssa ja tukea näin omaa toipumistaan ja kuntoutumistaan. Ryhmien tuoma merkitys on kullekin osallistujalle yksilöllinen, mutta yhteisesti ne mahdollistavat vertaisten kokemusten jakamisen.

5 Kehittämistyön tarkoitus ja tavoite

Kehittämistyön tarkoituksena on kehittää hyvää toimintatapaa ryhmätoiminnalle HUS, Hyks psykiatrian toimialan vanhuspsykiatriassa.

Kehittämistyön kysymykset ovat:

- Mitkä ovat hyvät ryhmätoimintakäytännöt vanhuksille kohdennetussa tai kuntouttavassa psykiatrisessa ryhmätoiminnassa Suomessa?
- Mitä on hyvä toimintatapa ryhmämuotoisessa toiminnassa HUS, Hyks vanhuspsykiatriassa työntekijöiden näkökulmasta?

Työn tavoitteena on tukea kuntoutujan tai potilaan toimintakykyä monipuolisesti kehittämällä ryhmämuotoista toimintaa.

6 Tutkimuksellisen kehittämistyön vaiheita

6.1 Tutkimuksellisen kehittämistyön tiedon muodostus

Kehittäminen määritellään toiminnaksi, joka tähtää määritellyn tavoitteeseen. Toimintatavan tai toimintarakenteen kehittäminen voi suuntautua yhden työntekijän työskentelyn kehittämiseen tai palvelurakenteen uudistamiseen. Laajimmillaan se on organisaatioiden välisten toimintatapojen tarkistamista ja selkeyttämistä, esimerkkinä aluekehittämishankkeet. Yksityiskohtaiset uudistukset kehittävät rakenteellisia toimintatapoja. Kehittämistoiminnan lähtökohtana voidaan nähdä näky jostakin uudesta toimintatavasta. Tavoitteellisuus itsessään sisältää ajatuksen muutoksesta. Muutoksen suunta on menneestä kohti tulevaa. Kehittämisen kohde voi vaihdella yksittäisistä ihmisistä, toimintatavoista ja työprosesseista työyhteisöihin, organisaatioihin ja konkreettisiin tuotteisiin. (Toikko – Rantanen 2009: 16–17.) Tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä tavoitteena on kehittää hyvä toimintatapa potilaille suunnatussa ryhmätoiminnassa. Kehittämistyön lähtökohta on ammatillinen kehittäminen vanhuspsykiatriassa.

Tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä tietokäsitys perustuu siihen, että käytäntö ja teoria yhdessä muodostavat uutta tietoa. Tämäntyyppinen tieto on luonteeltaan rajaidat ylittävää eli transdispiraalista. Tällä tarkoitetaan, että tiedonmuodostus voi ylittää teorian ja käytännön rajat. Tiedontuotantotapa korostaa tiedon käyttökelpoisuutta. (Toikko – Rantanen 2009: 42, 55.) Tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä tieto syn-

tyy käytännön läheisessä ympäristössä. Toimintatapa ja sen kehittäminen ovat yhteydessä käytännön työn toteuttamiseen. Teorioita ja tutkimusten tuottamaa tietoa tarvitaan, jotta niitä vasten voidaan heijastaa käytännössä saatua tietoa.

Tutkimusaineistolle esitettiin analyysikysymyksiä:

- Mitkä ovat hyvät ryhmätoimintakäytännöt vanhuksille kohdennetussa tai kuntouttavassa psykiatrisessa ryhmätoiminnassa Suomessa?
- Mitkä ovat keskeiset tekijät hyvän ryhmätoiminnan suunnittelussa ja toteutuksessa?

Analyysin tarkoituksena on luoda sanallinen ja selkeä kuvaus tutkittavasta ilmiöstä (Tuomi – Sarajärvi: 2009: 108). Aineisto pyrittiin järjestämään selkeään muotoon. Aineistoa analysoitiin etsien yhtäläisyyksiä ja eroja. Analyysin pohjalta syntyi synteesi, joka esitetään kuviossa 1 (s. 24). Synteesi muodosti myös teemapohjan kehittämistyön seuraavaan vaiheeseen niistä asioista, jotka keskeisesti vaikuttavat ryhmämuotoisen toiminnan suunnitteluun ja toteutukseen.

Taulukko 1. Tutkimusten taustatiedot

Tutkimuksen tekijä ja nimi	Rainer Grönlund 2010: Pitkään kotona – kuntoutuksen avullako? Tutkimus ryhmämuotoisesta vanhuskuntoutuksesta.	Minna Pietilä ja Marja Saarenheimo 2011: MielenMuutos-tutkimus ja kehittämishanke, tutkimusraportti 2. Mielen Muutos masennuksen hoidossa. Mielialaongelmista kärsivien iäkkäiden ihmisten psykososiaalinen tukeminen.	Miia Ruohonen 2011: Kohti hyviä ryhmäkäytäntöjä. Ryhmätoiminta psykoosiin sairastuneen kuntoutumisen tukena JMT kuntoutuspoliklinikalla.	Marja Salminen: Psykiatristen kuntoutuspoliklinikoiden ryhmätoimintojen kehittäminen HUS, Lohjan sairaanhoitoalue.
Tutkimuksen tarve	Väitöskirja, osa Kelan IKÄ-hanketta.	Tutkimusraportti, osa Vanhustyön	Opinnäytetyö, kuntoutuksen koulutusohjelma. Ylempi ammatti-	Opinnäytetyö, kuntoutuksen koulutusohjelma. Ylempi ammatti-

		keskusliiton tutkimus- ja kehittämishanketta	korkeakoulututkimto.	korkeakoulututkimto
Palvelusektori	Kelan kuntoutustoiminta	Kolmas sektori	Kunnallinen julkinen sosiaali- ja terveydenhuolto	Kunnallinen julkinen sosiaali- ja terveydenhuolto
Tutkimuksen rahoitus pohja	Valtion rahoitus	Raha-automaattiyhdistyksen hankerahoitus	Kunnallinen rahoitus	Kunnallinen rahoitus
Tutkimuksen osallistujat	Kuntoutuslaitosten henkilökunta, ikääntyneet kuntoutujat, Kela	Tutkimukseen valittu joukko ja toteuttajat	Henkilökunta	Henkilökunta ja kuntoutujat

6.2 Teemahaastattelun toteutus

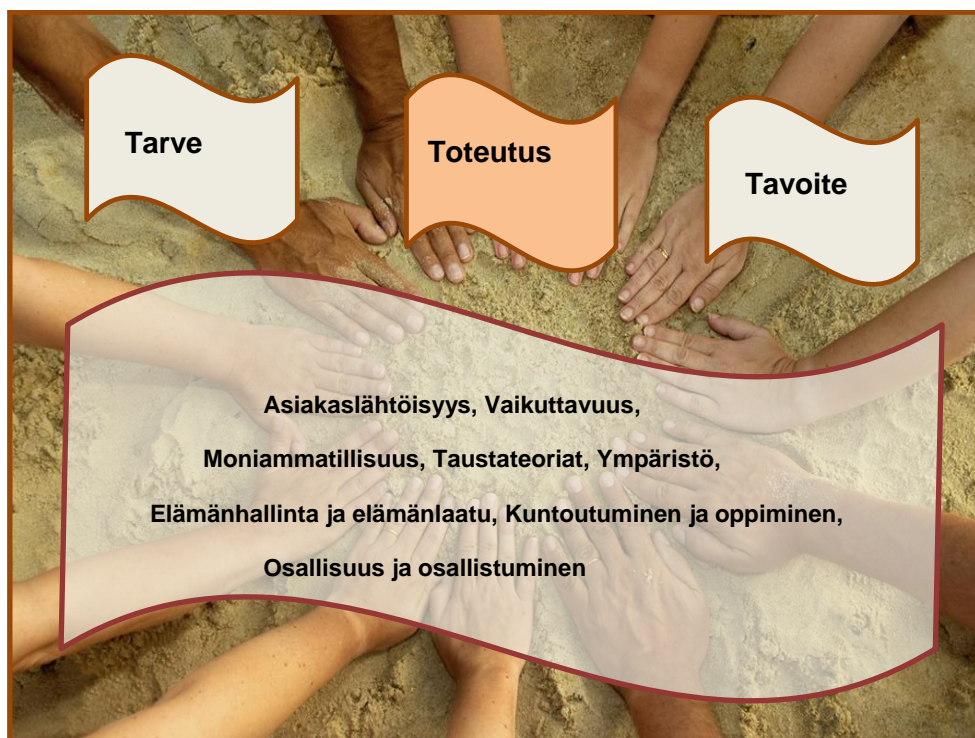
Tutkimuksellisen kehittämistyön toisessa vaiheessa tiedon keräämisen menetelmäksi valittiin teemahaastattelu, joka toteutettiin ryhmähaastattelun muodossa. Ryhmähaastattelun on todettu olevan tiedon keräämisen muotona tuottoisa ja tehokas. Tietoja saadaan usealta henkilöltä samaan aikaan. Ryhmähaastattelun on arvioitu olevan käytökelpoinen myös silloin, kun voidaan ennakoida, että haastateltavat mahdollisesti saattavat arastella haastattelua. (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2000: 197–198.) Lisäperusteluna oli myös, että työyhteisöllä oli mahdollisuus yhdessä tuottaa haastattelussa yhteistä ja samalla erillistä ammatillista asiantuntijuutta teemahaastattelun aihepiirien pohjalta.

Ryhmähaastattelut toteutettiin kahtena kertana eri kokoonpanoilla. Jokainen haastateltava osallistui yhteen ryhmähaastatteluun. Ne toteutettiin henkilökunnan jäsenille, jotka olivat osa moniammatillista työryhmää HUS, Hyks vanhuspsykiatriassa edustaen monipuolisesti eri ammattiryhmiä. Haastateltavat työskentelivät osastoryhmässä tai poliklinikalla tai antoivat erityistyöntekijänä palveluja vanhuspsykiatrian eri toimipisteille. Haastatteluun kutsutuilla oli suoraa tai välillistä kokemusta ryhmän ohjaamisesta ja

hoito- ja kuntoutustyöstä vanhuspsykiatriassa. Heillä oli mahdollisuus seurata potilaille suunnatun ryhmätoiminnan vaikutusta osana hoito- ja kuntoutustyötä osastoympäristössä tai poliklinikkatoiminnassa.

Haastatteluun osallistujille lähetettiin kutsu haastatteluun, jossa kerrottiin mm. kehittämistyön taustasta (liite 1). Osallistujille lähetettiin kutsun jälkeen vielä ystävällinen muistutus haastattelusta kolme päivää ennen toteutusta. Haastattelut toteutettiin kesällä, joten muistuttelu oli tarkoituksenmukaista lomakauden sekä mahdollisten viime hetken muutosten vuoksi. Viime hetken muutoksia ei tullut tutkimuksellista kehittämistyötä haittaavassa määrin.

Ryhmähaastattelut toteutettiin puolistrukturoituina teemahaastatteluina. Teemahaastattelun teema-alueet ja aihepiirit pohjautuivat tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä aiemmin esiteltyihin ja analysoituihin tutkimuksiin ryhmämuotoisesta toiminnasta. Tutkimusten tulosten pohjalta syntyi synteesi, joka tiivistettiin kuvalliseen muotoon (Kuvio 1). Tuotettu synteesi muodosti teemahaastattelun teema- ja aihealustan. Teemahaastattelun avoimet kysymykset ovat liitteenä 2.



Kuvio 1. Tutkimusten analyysin pohjalta syntynyt synteesi.

Haastattelussa tavoiteltiin henkilökunnan näkemystä vanhuspsykiatrian potilaille suunnatusta ryhmämuotoisesta toiminnasta. Kysymykset esitettiin henkilökunnalle ja ne oli suunnattu koskemaan ryhmämuotoista toimintaa, sen tarvetta, toteuttamista ja tavoitteita. Aihepiireinä olivat asiakaslähtöisyys, vaikuttavuus, moniammatillisuus, taustateoriat, ympäristö, elämänhallinta ja elämänlaatu, kuntoutuminen ja oppiminen sekä osallisuus ja osallistuminen. Teemahaastattelussa esitettyjen kysymysten tueksi oli kirjoitettu keskeisten käsitteiden määritelmiä. Tämä sen vuoksi, jos teemahaastattelun aikana haastatteluun osallistuvien olisi tarpeen pyytää täsmennystä jonkin aihealueen käsitteeseen. Toisessa teemahaastattelussa käytiin kertaalleen läpi osallistumisen ja osallisuuden käsitteet haastattelijan lukemana.

Teemahaastattelun teemat ja aihepiirit olivat haastateltavien tiedossa etukäteen teemahaastattelun käytäntöjen mukaisesti. Ryhmähaastattelun osallistujilla oli näin aikaa tutustua ja pohtia aiheita etukäteen. Tätä valmistautumismahdollisuutta kukin hyödynsi sen mukaan, kun katsoi tarpeelliseksi. Teemahaastattelun tarkka kysymysten asettelu ei ollut haastateltavien tiedossa. Ryhmähaastatteluun oli kutsuttu yhteensä 10 työntekijää, joista haastatteluun osallistui yhdeksän. Haastattelussa noudatettiin eettisiä ohjeita, potilasturvallisuutta ja vaitiota koskevaa lainsäädäntöä. Haastateltavien kanssa tehtiin sopimusasiakirja osallistumisesta haastatteluun (liite 3). Ryhmähaastattelut äänitettiin haastateltavien suostumuksella. Haastattelun aluksi ohjeistettiin vapaaseen keskusteluun aihepiirien pohjalta. Osallistujille kerrottiin, että heidän oli mahdollista haastattelun aikana kysyä haastattelijalta aihealueiden laajoihin käsitteisiin liittyviä määritelmiä. Haastatteluun osallistujille kerrottiin vielä, että heillä on mahdollisuus niin halutessaan keskeyttää haastattelu missä vaiheessa tahansa.

6.3 Haastatteluaineiston analysointi sisältölähtöisesti

Äänitetty aineisto kuunneltiin ja litteroitiin tarkoin äänitettyä ryhmäkeskustelun kulkua noudattaen. Ryhmähaastatteluja oli yhteensä kaksi, ja yksi haastattelu oli kestoaltaan 90 minuuttia. Haastatteluaineistoa kertyi ajallisesti yhteensä 181 minuuttia, josta syntyi 48 sivua litteroitua tekstiä rivivälillä 1,5. Ryhmähaastatteluun osallistuneet henkilöt on pyritty häivyttämään aineistoa analysoitaessa ja raportoitessa analyysin pohjalta syntyneistä tuloksista.

Tarkasteltaessa aineistoa eritellen, yhtäläisyyksiä ja eroja etsien ja niiden pohjalta niitä tiivistäen, voidaan puhua sisällönanalyysistä. Sisällönanalyysin tavoitteena on muodostaa tutkittavasta aineistosta tai ilmiöstä tiivistetty kuvaus. Tämän kuvauksen kautta aineiston voi kytkeä tutkittavan aineiston tai ilmiön aiheeseen liittyviin tutkimuksiin tai muuten laajempaan kontekstiin. (Tuomi – Sarajärvi 2002: 105.)

Laadullinen analyysi aloitetaan aineiston reflektiivisellä lukemisella. Tämä mahdollistaa aineiston todellisen sisällön ymmärtämisen ja auttaa hahmottamaan aineistoa. Laadullisen aineiston analysointi toteutetaan usein osittain samanaikaisesti, kun aineiston kokoaminen on vielä meneillään. (Anttila 2006: 276, 278.) Näin toteutui myös tämän työn kohdalla. Kehittämistyön ensimmäisen vaiheen tulokset olivat toisen vaiheen toteuttamisessa keskeisessä osassa. Valittujen tutkimusten analysointitulokset ohjasivat ryhmähaastattelun aihealueita. Ryhmähaastatteluvaiheessa ensimmäisen ryhmähaastattelun aineisto oli litteroitu ennen toisen haastattelun toteutumista. Haastatteluista kertyneen aineiston perusteellinen analysointi aloitettiin kuitenkin vasta aineiston ollessa käytössä kokonaisuudessaan.

Litteroitua aineistoa luettiin useita kertoja tarkoin reflektiivisellä otteella etsien yhtäläisyyksiä ja eroja luokittelun pohjaksi. Aineisto jätettiin lepäämään joksikin aikaa. Tutkija sai näin etäisyyttä aineistoon tavoitteenaan haastateltavien häivyttäminen aineistosta ja analysoinnin luotettavuuden lisääminen. Aineistoon palattiin noin kuukauden kuluttua, sitä luettiin uudelleen reflektiivisellä otteella ja analysoitiin sisältölähtöisesti. Luokittelun yksikkönä on ollut alkuperäisyksikkö, pelkistetty ilmaus ja alaluokka. Analyysiyksikkönä on ollut yksittäinen ajatus – virke, lause tai lauseen osa. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä yhdistellään käsitteitä ja näin saadaan vastaus tutkimustehtävään. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 112.)

7 Hyvän ryhmätoiminnan edellytykset tutkimusten näkökulmasta

Hoito- ja kuntoutusprosessin etenemiseen kuuluvat tavoitteiden ja välitavoitteiden asettaminen ja niiden saavuttamisen arviointi. Tavoitteet ovat niitä mahdollisimman konkreettisia asioita, joita kuntoutuja tai potilas haluaa saavuttaa prosessin aikana. Välitavoitteet voivat puolestaan jäsentää kokonaisprosessia. Tarvittaessa tavoitteita on hyvä voida muokata uusien tilanteiden mukaan.

Analysoituissa tutkimuksissa nousi esille arvioinnin merkitys tavoitteiden asettelussa. Moniammatillisen yhteistyön merkitys arvioinnissa nousi esille Kelan kuntoutuslaitosten kohdalla. Grönlundin tutkimuksen mukaan kuntoutuslaitoksessa toimivat moniammatilliset tiimit onnistuivat ikääntyneiden tilanteen arvioinnissa. Tämän pohjalta toteutettiin yhdessä tavoitteiden asettelu. Potilaan kanssa yhteistyössä mietityt ja kirjatut tavoitteet ja niiden saavuttamiseen liitetyt asiat tukevat potilaan osallisuutta hoitoon ja kuntoutumiseen. Yhteinen tavoitteiden saavuttamisen arviointi edellyttää yhteisten tavoitteiden asettamista.

Tutkimuksissa asiakaslähtöisyys (tässä rajattuna potilasasiakkuuteen) nousi esille muun muassa potilaan tai kuntoutujan sekä asiantuntijan tai työntekijän välisenä kumppanuussuhteena, jossa toteutui suunnitelmallinen yhteistyö. Yhteistyön pohjana olivat ja sitä ohjasivat yhteisesti määritellyt tavoitteet, jotka nousivat potilaan tai kuntoutujan tarpeista. Asiakaslähtöisyyttä edisti se, että potilas tai kuntoutuja sai itse vaikuttaa, mihin tai millaiseen ryhmään hän osallistui. Tämä tosin edellyttää myös, että tarjolla on vaihtoehtoja, joista tehdä perusteltua valintaa. Asiakaslähtöiseen työskentelyyn ja sen toteuttamiseen toivat tutkimusten mukaan lisähaastetta ryhmien heterogeenisyys ja kuntoutujien erilaiset tarpeet, jotka vaikeuttivat osaltaan ryhmämuotoisen toiminnan muovaamista kaikkien yksilöllisiin tarpeisiin sopivaksi ja kaikille antoisaksi.

Arvioinnin moninainen näkökulma ja merkitys nousivat esille yhtälailla tarpeen, toteutuksen kuin tavoitteenkin tasolla. Vaikuttavuuden arvioinnin merkitys kulki jokaisessa tutkimuksessa keskeisenä mukana. Sen toteutumista kaivattiin erityisesti psykiatrian kuntoutuspoliklinikoille suunnatuissa kahdessa kehittämistyössä.

Ryhmätoiminnan toteuttamisen tasolla tärkeäksi nousivat tieto ja taito ryhmämuotoisesta toiminnasta, sekä ammatillinen osaaminen että kokemus sen toteuttamisessa. Nähtiin myös tärkeänä hyödyntää ”henkilökunnan vahvuuksia tulevaisuuden ryhmien kehittämiseen”. Teoriataustoina olivat nähtävissä kuntoutuksen *teoriat* sekä teoriat ja käytäntö ryhmämuotoisesta toiminnasta. Esille nousivat myös potilas- ja asiakastyötä ohjaava palvelujärjestelmä toimintaympäristöineen, käytössä olevat henkilöstö- ja tilaresurssit sekä moniammatillisuus. Käytössä olevat resurssit ohjaavat siihen, kuka tai ketkä toteuttavat esimerkiksi ryhmämuotoista toimintaa.

Moniammatillisuus näyttäytyi toteutuvan erilaisissa toimintaympäristöissä jonkin verran eri lailla, mutta kaikilla sektoreilla se nähtiin keskeisenä työmuotona. Erikoissairaanhoidossa

dossa moniammatillisuus toteutui paljolti tiimityönä tai yhteistyönä ryhmämuotoisen toiminnan suunnittelussa ja ohjauksessa. Moniammatillisessa asiantuntijakirjossa oli myös vaihtelua organisaation mukaan. MielenMuutos-projektissa moniammatillisuus syntyi kolmen tai neljän eri asiantuntija- ja ammattiryhmän myötä. Kelan kuntoutuskeskuksessa moniammatilliseen tiimityöhön osallistui muun muassa fysioterapeutti, lääkäri, psykologi, sosiaalityöntekijä ja toimintaterapeutti. Moniammatillisuuden toteuttamiseen vaikuttivat osaltaan henkilöstön ammatillinen kirjo eli käytössä olevat ammatti- ja asiantuntijaryhmät sekä resurssit.

Ryhmät ovat osana kokonaishoitoa ja kuntoutusta, joissa voidaan nähdä myös asiakkaan tai potilaan sekä tiimin välistä yhteistyötä. Keskeistä on ”hoitoprosessin muodostuminen tiimin ja asiakkaan yhteistyönä”. Moniammatillisen tiimin ymmärrys ryhmämuotoisen toiminnan merkityksestä on ryhmien toiminnalle tärkeää, jotta ryhmämuotoinen toiminta voi aidosti olla osa potilaan tai kuntoutujan kokonaishoitoa tai kuntoutusta eikä jää kokonaisuudesta irralliseksi viihdyttäväksi toimenpiteeksi. Ryhmätoiminnot on hyvä nähdä osana kokonaisuutta eikä ainoastaan potilaan tai kuntoutujan arkea rikastuttavana osatekijänä. Ohjaajien ammattitaito taas osaltaan muovaa ryhmämuotoisen toiminnan toteuttamista ja toteutustapoja. Huomion arvoista on, että ryhmämuotoinen toiminta voi nostaa esille monenlaisia tunteita, joiden käsittelyn tulisi ohjautua paljolti ryhmän tavoitteiden pohjalta. Tämä puolestaan edellyttää ohjaajilta ammattitaitoa ja asiantuntemusta.

Myös kuntoutujilla tulee olla käsitys siitä, minkälainen tietopohja on ryhmämuotoisen toiminnan perustana. Ryhmätoimintojen tulisi perustua parhaaseen mahdolliseen tietoon ja käsitykseen. Kuntouttavien ja hoidollisten ryhmien perustana tulisi olla kuntoutuksen ja kuntoutumisen ilmiöiden ymmärtäminen. Tavoiteltuna hyötynä oli yleisesti toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen. Ruuhonen nostaa esille sen kuinka sairastunutta rohkaistaan takaisin yhteiskuntaan. Ryhmätoimintojen tavoitteena nousi esille ryhmien antama tuki potilaan tai kuntoutujan osallisuuden kokemukseen.

Asiakaslähtöisyyden ja osallisuuden voidaan nähdä kytkeytyvän toisiinsa. Asiakaslähtöisyys edellyttää asiakkaan tilanteen monipuolista huomioimista ja myös asiakkaan osallisuuden sekä osallistumisen lisäämistä häneen liittyvissä päätöksenteoissa. Toisessa kuntoutuspoliklinikalle suuntautuneessa kehittämistyössä kuntoutujien osallisuutta oli kasvatettu mahdollistamalla heille toimintana osallistua ryhmätoiminnan suunnitteluun. Tämä edisti selkeästi kuntoutujien pätevyyden tunnetta ja näkemystä itsestään

toimijoina. Edellinen ilmeni siinä, että kuntoutujat näkivät itsensä ryhmien suunnittelijan roolissa.

Keskiössä olivat myös osallisuuden ja voimaantumisen tai valtaistumisen kokemukset, jotka käsitteinä nousevat kuntoutuksen taustateorioista käsin. Osallisuuden lisääntymisen nähtiin toteutuvan ryhmämuotoisissa toiminnoissa voimaantumisen kokemuksen sekä elämänhallinnan kokemusten lisääntymisen kautta. Elämänhallinnan kokemusten nähtiin vaikuttavan myönteisesti elämänlaatuun. *”Ryhmätoimintojen tarkoitus on myös tukea elämänhallinnan lisääntymistä.”* Ryhmässä voidaan löytää niitä voimavaroja, jotka tukevat elämänhallintaa, esimerkiksi voidaan luoda uskoa omiin mahdollisuuksiin vaikuttaa omaan elämään. Elämänhallinta ja elämänlaatu sekä osallisuuden lisääminen olivat keskeisiä tavoitteita kaikissa käsitellyissä tutkimuksissa. Vertaistuki ja toivon herättäminen nousivat myös keskeisinä myönteisinä asioina tarkasteltaessa ryhmämuotoista toimintaa.

8 Ryhmätoiminnan haasteet ja mahdollisuudet henkilökunnan näkökulmasta

Ryhmähaastattelun analyysin pohjalta syntyneet tulokset on esitetty henkilökunnan kuvaamana. Myös tuloksissa ilmenevä asiakkaan tai potilaan näkökulma on siis henkilökunnan kertomana kuvattu.

8.1 Ympäristön haasteet ja mahdollisuudet

8.1.1 ”Tila se on A ja O”

Tilaratkaisut koettiin tärkeinä niin osastolla kuin poliklinikallakin. Tilojen suhteen tärkeinä tuotiin esille, että ne ovat tarkoitukseen sopivat, niihin on helppo tulla ja esteettömiä liikkua: *”että ei tarvitsisi sen takia jäädä pois kun ei fyysisesti ole kykenevä pääsemään sinne”*. Tilojen merkitys oli myös vastaus potilaan tarpeisiin ja nähtiin osana asiakaslähtöisyyttä: *”että se on esteetön ja otettu huomioon potilaan tarpeet”*.

Ryhmän toteuttamaan toimintaan tarkoitettu tila nähtiin yhtenä edellytyksenä toiminnalle ja sen toteuttamiselle. Ryhmän suunnitteluvaiheessa on huomioitava, millaista tilaa

ryhmä tarvitsee. Tilaratkaisut vaikuttavat ryhmässä valittavaan toimintamuotoon ja osallistujien lukumäärään. Tilan tarpeen todettiin säilyvän ryhmien toteuttamisen ajan. Ryhmän toteuttamisajan lisäksi tila tulee olla käytettävissä ryhmätilanteen valmistamiseen ja siistimiseen. Asiakkaan tai potilaan kannalta on tärkeää, että hän löytää tilaan ja että tila pysyisi samana. Toiminnan siirtäminen toiseen tilaan nähtiin mahdollisena, jos se on toiminnan toteuttamisen kannalta perusteltua. Tilaratkaisut nähtiin myös turvallisuus- ja henkilösuojatekijänä sekä potilaalle että henkilökunnalle. Apua tulisi olla helposti hälytettävissä tarvittaessa.

Tarkoituksenmukaisten tilojen nähtiin edustavan asiakaslähtöistä ja potilaslähtöistä toimintaa. Tilojen viihtyisyys ja saavutettavuus nähtiin asiakkaan tai potilaan tarpeiden huomioimisena, arvostamisena ja kunnioittamisena. Henkilökunnan kokemuksena oli, että asianmukaiset tilat ja tarkoituksenmukaiset tarvikkeet ja varusteet mahdollistavat laadukkaat toiminnat.

Tuloksena voidaan nähdä, että tilat ovat osaltaan määrittämässä niitä säännönmukaisuuksia, joiden varassa potilaille suunnattu ryhmätoiminta voi toteutua. Tilaratkaisujen tulisi tukea ryhmätoiminnalle asetettuja tavoitteita ja tarkoitusta. Ryhmätoiminnan vaikutus potilaaseen voi heiketä, jos tilaratkaisut eivät ole tarkoituksenmukaisia.

8.1.2 ”Välimatkat haasteena”

Poliklinikalla potilaiden osallistuminen näyttäytyi konkreettisella tasolla hiukan erilaisena kuin osastoilla. Ympäristön asettamat haasteet saattavat olla osallistumisen esteenä, jopa välimatka kotoa poliklinikalle voi muodostua liian rasittavaksi ja pitkäksi. Välimatkat vaikuttivat potilaan sitoutumiseen. Samaa todettiin talvikeleistä: *”liukkaat kelit ovat jättäneet ryhmäläisiä tulematta”*. Liukastumisen ja kaatumisen pelko ovat olleet konkreettinen syy jäädä kotiin.

Vaikka tarjottu palvelu sijaitsisi hyvien liikenneyhteyksien varrella, voi haasteeksi vanhuksella muodostua liikkuminen julkisilla kulkuneuvoilla. Se on monelle iäkkäälle vaikeaa ja heitä voi pelottaa kaatuminen. Monet ovat myös niin huonossa kunnossa, etteivät pääse julkisiin kulkuneuvoihin. Kaikilla ei ole käytössään taksikorttia eikä varallisuutta liikkua taksilla tarvittaessa.

Poliklinikkaryhmään osallistuvan potilaan kohdalla ensimmäisiä tärkeitä kysymyksiä onkin selvittää, kuinka hän pääsee kulkemaan ryhmään. Lähtemiseen voidaan tarvita kotihoidon tai muuta ympäristön tukea. Ympäristö mahdollistaa tai voi olla esteenä osallistumiselle. Tässä suhteessa vanhempi ihminen on haavoittuvaisempi kuin nuorempi, sillä liikkuminen voi olla vaikeaa.

8.2 Ryhmätoiminnan muodostaminen

Henkilökunnan ryhmähaastattelusta erottui kaksi toimintaympäristöä ryhmätoiminnalle. Toinen oli vuodeosastolla osana akuuttia sairaanhoitoa ja toinen poliklinikalla. Ympäristöissä oli erilaisia haasteita, yhtäläisyyksiä ja eroavuuksia suunnitella ja toteuttaa ryhmätoimintaa potilaille.

Ryhmätoiminta nähtiin osana hoitoa ja kuntoutusta sekä vuodeosastolla että poliklinikalla. Ryhmätoimintaa ei koettu irrallisina ja erillisinä toimenpiteinä. *”Jotkut ryhmät kuuluvat niin selkeästi siihen hoitoon, eivät ole irrallisia tapahtumia”*. Toiminnassa tämä tuli esille siinä, että esimerkiksi omahoitaja kävi potilaan kanssa keskustelua siitä, minkälaiseen ryhmään hän voisi osallistua tutkimus- ja hoitojaksollaan tai poliklinikalla potilaana ollessaan. Hoitohenkilökunta kannusti osastolla olevia potilaita osallistumaan ryhmätoimintaan. Potilaan osallistuminen ryhmätoimintaan nähtiin osana hoitoa ja kuntoutusta ja ryhmätoiminnalla nähtiin tarkoitus ja tavoitteet. Työryhmä kantoi yhteisesti vastuuta potilaan osallistumisesta.

Vanhuspsykiatriassa toteutetuille ryhmätoiminnoille nähtiin selkeä tarkoitus ja tavoite osana hoitoa ja kuntoutusta. Yleisesti ryhmätoimintojen tavoitteena nähtiin toimintakyvyn monipuolinen tukeminen, elämänlaadun ja elämänhallinnan parantaminen, potilaan voimaantumisen tukeminen erilaisten onnistumista tukevien kokemusten kautta ja itsetuntemuksen lisääminen. Ryhmätoiminta nähtiin myös tärkeänä osana päivä- ja viikkorytmiä niin osastolla kuin koti- ja elinympäristössään.

Henkilökunnan näkökulmasta nähtiin tärkeänä, että ryhmän ohjaajilla oli hyvä teoriapohja ja tietoperusta sekä ymmärrystä että kokemusta ryhmän ohjaamiseen. Ryhmäilmiöiden ymmärtäminen nähtiin ryhmän toteuttamisessa laadullisena tekijänä potilaalle tarjotussa palvelussa.

”On haastateltu potilasta ja arvioitu hänen tarpeitaan ja toiveitaan.”

Poliklinikalla ryhmän aloittamisen ajankohtaan vaikutti se, millaisia potilaita poliklinikalla oli ja minkälaisia tarpeita heillä nähtiin olevan. Näiden tarpeiden perusteella arvioitiin, minkälaiselle ryhmätoiminnalle on sillä hetkellä tarvetta. Potilaiden osallistumista poliklinikan ja osaston ryhmätoimintaan mietittiin etukäteen moniammatillisessa työryhmässä. Osastolla potilaat ovat hoito- ja tutkimusjaksolla ja ryhmätoiminta toteutuu siellä, toisin kuin poliklinikan toiminta, joka on avohoitoa.

Poliklinikan potilaiden ryhmätoimintaan osallistuvien joukko oli kotona tai palvelutaloissa asuvia vanhuksia. He liikkuvat asuinympäristöstään käsin poliklinikalle ryhmätoimintaan. Liikkuminen kulkuneuvolla tapahtui itsenäisesti tai apujen turvin. Ryhmätoimintaa varten heitä haastateltiin heidän ongelmistaan, tarpeistaan ja toiveistaan sekä elämäntilanteestaan. Heiltä kysyttiin myös heidän toiveistaan ja sitoutumisestaan ryhmätoimintaan.

”Ryhmä muodostuu niistä asiakkaista, joita siinä ryhmässä on.”

Poliklinikalla ja osastolla suunniteltiin ryhmää sen pohjalta, millaisia potilaita sillä hetkellä oli ja millaisia tarpeita heillä oli eli mistä potilaat voisivat hyötyä ja mihin he pystyvät. Asiakas- ja potilaslähtöisyys ilmeni ensin siinä, kun työntekijät miettivät potilaan tarpeita ja täydentyi, kun potilas itse sai osallistua arvioimaan, mihin haluaa, pystyy ja voi osallistua.

Poliklinikalla ryhmätoiminnan sisältöä ja toteutusta muodostetaan niiden haastattelujen perusteella, joita ryhmään osallistuville potilaille on toteutettu. Vuodeosastolla ryhmätoimintojen toteuttajia ja ryhmien sisältöä on mietitty esimerkiksi ammattiryhmälähtöisesti etukäteen. Ryhmien sisältö muovautuu viime kädessä ryhmään osallistuvien mukaan, asiakas- ja potilaslähtöisesti. Poliklinikalla potilaan mahdollisuus osallistumiseen ja vaikuttamiseen ryhmän suunnitteluun toteutui potilaan alkuhaastattelussa. Osastolla potilaan vaikuttaminen ryhmätoiminnan suunnitteluun oli vähemmän strukturoitua.

Hyvä ryhmätoiminnan suunnittelu oli tarkoituksen ja tavoitteiden mukaista. Hyvä ryhmätoiminta sisälsi myös joustavia elementtejä, joissa potilas tuli huomioiduksi.

Henkilökunnan näkemys oli, että potilaan kannalta avohoidossa osallistuminen edellyttää suurempaa itseohjautuvuutta ja voimia kuin osastolla. Avohoidossa potilaan arvioidaan voivan psyykkisesti paremmin, mikä puolestaan tukee osallistumisen onnistumista.

ta. Vuodeosastolla potilaan psyykkinen vointi voi asettua esteeksi osallistumiselle, vaikka ympäristö mahdollistaa matalan kynnyksen osallistumisen ryhmätoimintaan.

Osastolla henkilökunta, potilastoverit ja osaston viikko-ohjelma motivoivat osallistumaan ja toiminta on lähellä. Kotiympäristössä näitä mainittuja ulkoisia motivaation kottajia ei niinkään ole, vaan tarvitaan enemmän sisäistä motivaatiota.

8.3 Moniammatillisuuden merkitys

Henkilökunnan näkemyksenä oli, että potilaalle oli tärkeä kohdata erilaisia työntekijöitä ja usean ammattikunnan edustajia. Potilaan kannalta nähtiin merkityksellisenä, että hänen kiinnostuksiaan huomioitiin hänen omista lähtökohdistaan. Potilaan kannalta tärkeäksi koettiin, että oli eri alojen osaajia, joista jokainen saattoi tuoda erityisen osaamisensa asiakaslähtöiseen työskentelyyn.

Moniammatillisuuden nähtiin vahvistavan potilaan kohtaamisen laaja-alaisuutta. Arvioinnissa pidettiin sekä potilaan että moniammatillisen työryhmän jäsenten kannalta tärkeänä saada monipuolisesti tietoa potilaan toimintakyvystä. Monen ammattiryhmän yhdessä potilaan kanssa tuottama tieto koettiin tärkeäksi osaksi laaja-alaisuutta. Moniammatillisuus nähtiin potilaan kannalta myönteisenä, koska arviointi oli silloin useamman toteuttamaa eikä vain yhdestä näkökulmasta katsottua. Toinen ammattiryhmä toi oman näkemyksensä toisen ammattiryhmän rinnalle. Moniammatillisuuden nähtiin tuovan monialaista asiantuntijuutta ryhmän ohjaukseen. Erityistyöntekijöiden rooli ryhmätoimintojen toteuttamisessa tuotiin esille myös laadullisena tekijänä.

Ryhmätoiminnan toteuttamisessa moniammatillisuus ja erityistyöntekijöiden osaaminen nähtiin mahdollisuutena toteuttaa sellaisia asioita, joihin tarvitaan erilaisia menetelmiä. Tiedon ja taidon keskinäisen yhdistämisen katsottiin olevan tehokasta. Tämän katsottiin palvelevan potilasta ja hänen tarpeitaan. Potilaan oli myös mahdollista löytää itsestään uusia vahvuuksia eri ammattiryhmien asiantuntevalla ohjauksella.

8.4 Ryhmätoiminnan vaikutukset ja vaikuttavuus

Ryhmätoiminnan hyötyä potilaalle kuvailtiin monelta eri suunnalta. Henkilökunta toi potilaan näkökulmana esille, että ryhmätoimintaan osallistuminen toi tarkoitusta ja mer-

kitystä arkipäivään, loi päivä- ja viikkorytmiä. Ryhmätoiminnalla pyritään vahvistamaan niitä potilaan omia voimavaroja ja vahvuuksia, joita hänellä on. Hänen tahtoaan ja pysyvyyden tunnettaan pyritään tukemaan. Potilaan uskaltautuminen ryhmään nähtiin edistysaskeleena toipumisen ja kuntoutumisen tiellä.

Ryhmän ohjaajan merkitys nähtiin tärkeänä siinä, kuinka hän voi tukea potilaan oman oivalluksen suuntaa. Ohjaajan tärkeänä tehtävänä nähtiin hänen mahdollisuutensa tukea potilaan oma-aloitteisuutta toimijana ja huomioida pienetkin edistymisen askeleet. Henkilökunnan näkemyksenä oli, että ryhmän ohjaajan yhtenä tarkoituksena oli tukea potilasta näkemään ne edistysaskeleet, jotka potilas oli ottanut omien tavoitteidensa suuntaan. Näin tuettiin potilaan omaa toimijuutta vuodeosastolla ja poliklinikalla. *”Jos se terve puoli pilkahtaa niin kyllä siitä pidetään kiinni.”* Tuettiin aktiivisempaan rooliin eikä korostettu potilaan roolia.

Ryhmätoiminnassa opittujen asioiden ja tehtyjen oivallusten nähtiin olevan potilaalle merkittäviä. Keskeisenä tavoitteena nähtiin potilaan hoidosta ja ryhmätoiminnoista saaman hyödyn siirtyminen osaksi potilaan omaa arkea. Opittujen hyvien asioiden siirtäminen osaksi potilaan omaa arkea nähtiin henkilökunnan näkökulmasta potilaalle myös haasteellisena. Toiveena ja tavoitteena on luoda toiminnan jatkumo, mutta tämä ei aina onnistu. Tarkoituksenmukaista ryhmätoimintaa tai muuta potilasta auttavaa palvelumuotoa ei läheskään aina ole helppoa löytää hoidon päättyessä vuodeosastolla tai poliklinikalla.

8.4.1 Vaikutus toimintakykyyn

Henkilökunnan näkemyksenä voidaan todeta, että ryhmätoiminnot tukevat monipuolisesti toimintakykyä edistäen toimintakyvyn eri osa-alueita. Erityistyöntekijöiden asiantuntemus ja moniammatillisesti toteutettu ryhmätoiminta nähtiin tärkeänä laadullisena tekijänä. Ryhmätoiminnot vastaavat potilaan kiinnostuksen eri osa-alueisiin ja vahvuuksiin. Potilaan toiminnallinen rooli vahvistuu, kun hän voi onnistua jollain toiminnan osa-alueella, esimerkiksi kuntosaliryhmässä.

Potilaan toimintakyvyssä saattoi tapahtua edistymistä yhdellä osa-alueella, joka johti edistymiseen toimintakyvyn toisella osa-alueella. Potilas osallistui ryhmätoimintaan, alkoi vähitellen viettää enemmän aikaa potilasyhteisössä ja samanaikaisesti tapahtui myös monia muita myönteisiä asioita potilaan toimintakyvyssä. Henkilökunnan kuvaa-

mana oli kuitenkin vaikea päätellä ja osoittaa, mikä tapahtuneista muutoksista oli ensisijaisesti vaikuttava. Todennäköistä on, että pieni muutos laitto liikkeelle seuraavan ja niin edelleen.

Jotkut vuodeosastoilla toteutetut ryhmätoiminnot nähtiin potilaan toimintakyvyn arvioinnissa keskeisinä. Potilaalta kysyttiin suoraan hänen kokemustaan ryhmätoiminnasta, lisäksi havainnoitiin mahdollisia muutoksia hänen voinnissaan ja toimintakyvyssään. Tietoa välitettiin potilaalle itselleen, omahoitajalle ja moniammatillisen työryhmän sisällä. Arvioinnissa yhteisten tavoitteiden asettelu nähtiin tärkeänä osana suunnitelmallista toimintaa. Tavoitteiden tarkistusta ja uudelleen arviointia toteutettiin. Poliklinikalla arviointia toteutettiin potilaan alkuhaastattelun yhteydessä ja ryhmän päättyessä loppuarviointina, väliarviointia oli myös ryhmäkertojen aikana.

8.4.2 Vertaistuen merkitys

Ryhmään osallistuminen toi monia syvällisiä merkityksen kokemuksia osallistujille. Kokemus, että muut ryhmäläiset odottivat ja olivat kiinnostuneita hänestä ja siitä, että juuri hän osallistui ryhmään. Kuuluminen johonkin ryhmään toi potilaan elämään tarkoitusta ja merkitystä. Oli tärkeää tulla hyväksytyksi, nähdyksi ja kuulluksi omana itsenään – olla jonkin yhteisön jäsen.

Vertaistuen merkitys potilaalle nähtiin suurena. Henkilökunnan näkemyksenä oli, että potilas hyötyi kun huomasi, että on olemassa myös muita, joilla on samoja ongelmia kuin hänellä on. Hän ei kokenutkaan olevansa yksin ja sairauteen liittyvä häpeän tunne väheni, kun kuuli muiden tarinoita. Muiden antama tuki loi vähitellen uskoa tulevaisuuteen ja selviämiseen vaikeista tilanteista. Henkilökunnan kertomana tärkeäksi muodostui myös se, että potilaan oma tarina saattoi auttaa toista potilasta. Tämä loi potilaiden välille yhteenkuuluvuutta ja jopa ystävyyttä.

Ryhmässä saattoi myös olla oma itsensä eikä tarvinnut ajatella muiden reaktioita: *”Kaikki on sitä porukkaa eikä tarvitse teeskennellä”*. Ryhmässä ryhmäläisten keskinäinen yhdenvertaisuus ja samankaltaisuus nousivat esille myönteisenä kokemuksena. *”Ulkopuolella sen ryhmän yritetään peittää sitä omaa oloa”*, ehkä oman tilanteen vuoksi. Turvalliseksi koetussa ryhmässä ei tarvinnut hävetä tai teeskennellä. Ryhmäläisten kesken syntyi yhteenkuuluvuuden tunnetta.

8.4.3 Vaikutus elämänlaatuun ja elämänhallintaan

Ryhmätoiminnan nähtiin edistävän elämänlaatua ja elämänhallintaa. Elämänlaatuun liitettiin mielihyvää ja hyvää mieltä tuottavat kokemukset, joita ryhmätoiminnassa oli tarjolla. Esimerkiksi yhdessä leipominen, muistelu, liikkuminen ja rentoutuminen tuottivat mielihyvää ja edustivat yhdessä tekemistä. Niillä oli myönteinen vaikutus elämänlaatuun. *”Vahvistuisi se potilaan oma minä ja tahto ja tapa elää.”*

Elämänlaadun kohentumisesta kertoi konkreettisesti potilaan sosiaalisen vuorovaikutuksen lisääntyminen, ryhmään kuulumisen kokemus, yksinäisyyden kokemuksen vähentyminen, uskon lujittuminen omaan itseensä, onnistuminen pienissä arjen asioissa kuten paikalle pääseminen, sosiaalisen jännityksen vähentyminen, ahdistuksen lievittyminen sekä kiinnostuksen herääminen asioihin.

Elämänhallintaan liitettiin kokemus siitä, että myös elämän kriisitilanteissa voi kokea elämänhallintaa, kun tietää kenen puoleen voi kääntyä ja mistä voi saada apua. Tämäntapainen potilaan ongelmien ratkaisu, itsenäisen toimijuuden ja selviytymisen vahvistaminen, nähtiin myös ryhmätoiminnassa merkityksellisenä. Elämänlaatu nähtiin osana elämänhallintaa. *”Meillä on laadukas elämä kun me hallitaan sitä omaa olemista.”* Muutos- ja kriisitilanteissa, elämänlaadun horjuessa, nähtiin tärkeänä, että potilas löytää uudelleen niitä arjen pieniä iloja tai arvokkaita asioita, jotka hän on aiemmin kokenut mielekkäinä ja tyytyväisyyttä tuottavina itselleen.

8.4.4 Vaikuttavuuden arvioiminen

Henkilökunnan näkemyksenä oli, että ryhmätoiminnan vaikuttavuutta on vaikea eritellä, kun samanaikaisesti tapahtuu myös muita toimenpiteitä kuntoutuksessa ja hoidossa. Jokainen osaltaan vaikuttaa potilaan vointiin ja toimintakykyyn. Keskeisenä arvona nousi esille potilaan oma kokemus ryhmätoiminnan vaikutuksesta.

Erilaisten mittareiden käyttäminen osana vaikuttavuuden arviointia koettiin haasteelliseksi. Joitain mittareita oli kokeiltu, mutta niiden tuottamien tulosten ei koettu kertovan suoraan potilaan senhetkisestä voinnista. Henkilökunnan kokemuksena oli, että joidenkin mittareiden kohdalla pienet muutokset eivät näyttäyty. Prosessuaaliset muutokset vaativat pidemmän ajanjakson, jotta voivat näkyä mittareissa.

Elämänlaatumittarista oli erilaisia näkemyksiä. Se nähtiin toisaalta kokeilemisen arvoiseksi, toisaalta liian rajalliseksi kertomaan ja mittaamaan ryhmätoiminnan tuottamaa vaikutusta elämänlaatuun. Elämänlaatumittari nähtiin tärkeänä juuri elämänlaadun mitauksessa. Vaikeutena koettiin, että oli edelleen haasteellista eritellä potilaan ryhmätoimintaan osallistumisen vaikutusta hänen elämänlaatuunsa.

Vaikuttavuuden arvioinnin haasteet ymmärrettiin ja nähtiin lähitulevaisuuden kehittämiskohteena. Henkilökunnan näkemyksenä tulivat esille seurantakäynnit. Avohoitona toteutetut seurantakäynnit voisivat olla menetelmänä arvioida potilaan vointia ja sitä, miten ryhmätoiminnan vaikutus näkyy potilaan arjessa hoitojakson jälkeen.

8.5 Oppiminen tukee kuntoutumista

Henkilökunta toi esille näkemyksen, että kuntoutuminen ei ole pysähtynyt ja saavutettu tila vaan muuttuva. Kuntoutuminen ei aina etene suoraviivaisesti eteenpäin. Kuntoutumista ei nähty staattisena tai pysähtyneenä tilana, vaan sitä nähtiin välillä tapahtuvan enemmän ja välillä vähemmän. Huomioitiin, että myös heikkenemistä voi tapahtua. Tähän vaihteluun nähtiin syynä monia eri vaikuttavia tekijöitä, ei selkeästi vain yhtä. *”Yhtäkkiä joku sairaus tulee ja sulla jääkin ryhmä kesken”*. Kuntoutuminen nähtiin myös elävänä prosessina, johon monet eri tekijät etenkin vanhuksen kohdalla vaikuttavat. Kuntoutumisen prosessi nähtiin myös eritahtisena eri aikoina. Terveiden ja hyvinvoinnin vaikutukset vaikuttivat kuntoutumiseen.

Kuntoutumisen nähtiin todentuvan oppimisen kautta. Kuntoutumisen aisaparina pidettiin oivallusta ja oppimista. Ryhmässä opittujen asioiden tai hyväksi koettujen asioiden siirtäminen omaan arkeen nähtiin tärkeänä.

Asiakkaan tai potilaan osallisuus yhdessä työntekijöiden kanssa miettimässä itselleen tavoitteita nähtiin kuntoutuksen ja hoidon näkökulmasta merkityksellisenä. Ryhmätoiminnan nähtiin tukevan kuntoutusta, elämänhallintaa ja elämänlaatua parantaen. Ryhmätoiminta nähtiin myös kuntoutumista tukevana asiana.

Henkilökunnalta tuli esille myös kysymys, voidaanko sanoa, että kuka on täysin kuntoutunut? Miten se mitataan ja miten se määritellään?

8.6 Taustateorioiden merkitys

Henkilökunnan näkemyksenä oli, että taustateoriat luovat tiettyä järjestelmällisyyttä, kuinka tarkastella ja mitä asioita painottaa ryhmätoiminnassa ja potilastyössä. Taustateoriat voivat näkyä toiminnan toteutuksessa, tavoitteen asettelussa ja arvioinnissa. Niiden nähtiin antavan myös ryhmätoiminnalle tietynlaisen taustan tarkastella asioita. Tutkitut ja hyvät käytännöt nähtiin merkittävinä.

Taustateorioiden hyöty nähtiin myös siinä, että saatua tietoa ja näkemystä on helpompi siirtää, kun sitä voi peilata jotain teoriaa tai toimintatapaa vasten. Vaikuttavuuden raportoiminen ja sen mittaaminen koettiin helpommaksi, jos taustalla on jokin teoria tuomassa merkitystä.

Teoreettisina lähestymistapoina mietittäessä ryhmän toimintoja mainittiin narratiivisuus ja kokemuksellinen oppiminen. Asiantuntijuutta ohjaavina näkemyksinä mainittiin kliinistä työtä ohjaavat ammatilliset näkemykset, erityistyöntekijöiden terapeuttiset näkemykset ryhmän toiminnasta ja ryhmäteorioiden käsitteet. *”Ei kai sitä ihan kylmilteen voi ryhmää lähteä ohjaamaan.”* Sekä kokemustieto että teoreettinen tieto nähtiin merkityksellisenä ryhmän ohjauksessa. Osaamisen nähtiin tuovan myös ohjaajalle turvaa. Nähtiin tarpeellisenä pystyä perustelemaan työtään myös teoreettisesti potilaille tai yhteistyökumppaneille heidän siitä kysyessään.

9 Tuloksena hyvä toimintatapa ryhmätoiminnassa

Tulosten päätelmät tiivistettiin kahdeksaan pääkohtaan, jotka on esitelty seuraavassa:

1. Teorian yhteys käytännön työhön

Hyvä toimintatapa ryhmätoiminnassa muodostuu yhtenäiselle teoria- ja arvopohjalle. Tämä pohja ohjaa toista ihmistä kunnioittavaan, hyväksyvään ja asiakaslähtöiseen työskentelyyn ja ryhmätoimintaan.

Taustateoriat välittyvät kaikista analysoiduista tutkimuksista käytännön työn teoreettiseksi taustaksi ja kliinistä työtä ohjaavaksi pohjaksi. Kuntoutuksen teoriat ja ryhmätoi-

mintojen teorit limittyivät käytännön toimintaan kuntoutuspoliklinikoilla ja kuntoutuslaitoksessa sekä vanhuspsykiatriassa ja kolmannen sektorin MielenMuutos-hankkeessa.

Yhtenäinen näkemys tekee tiedosta helposti toiselle ammattiryhmälle siirrettävää. Ryhmätoiminta on paljolti käytännössä tapahtuvaa työtä. Se voidaan monesti nähdä erillisinä toimenpiteinä irrallaan muusta hoidosta ja kuntoutuksesta. Kaikissa analysoiduissa tutkimuksissa ryhmätoiminta nähtiin osana kokonaishoitoa ja -kuntoutusta, niin myös tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä.

Kuntoutuksessa on tavoitteena tukea ihmisen mahdollisuuksia selvitä hänelle sopivissa rooleissa ja omassa toimintaympäristössä. Tavoitteena on arkielämässä suoriutuminen. On hyvä ymmärtää, miten ihminen muuttuu ikääntyessään, millaiset tekijät säätelevät vanhenemista ja miten niihin voidaan vaikuttaa. Ikääntymistä voidaan tarkastella lähtökohdista, mitä ihminen osaa tehdä, mihin hän kykenee, mitä hän haluaa ja mitä hänen täytyy tehdä. Yhteinen teoriatausta ja näkemys antavat toiminnalle hyvän perustan, josta käsin käytännön toimintaa voidaan lähteä toteuttamaan.

2. Vaikutuksen arvioinnista kohti vaikuttavuuden arviointia

Hyvä toimintatapa ryhmätoiminnassa on arvioida potilaan kanssa yhdessä ryhmätoiminnan vaikutusta potilaan oman kokemuskerronnan tai muun ilmaisutavan kautta. Hyvä toimintatapa on käyttää vaikuttavuuden arvioinnissa yleisesti hyväksyttyjä mittareita, esimerkiksi elämänlaatumittareita. Vaikuttavuuden todentamiseen tarvitaan potilaan oman kokemuksen lisäksi standardoitua mittaamista.

Vaikuttavuuden arviointia pidettiin tärkeänä ja keskeisenä kaikissa analysoiduissa tutkimuksissa. Samansuuntainen tulos syntyi haastatteluista. Ryhmätoiminnan vaikutuksen arviointi nähtiin kuitenkin vaikeana. On vaikea osoittaa, mikä on ryhmätoiminnan vaikutus, koska erilaisia muuttujia on niin paljon. Potilaan oma kokemus ja itsearviointi tavoitteidensa saavuttamisessa nähtiin asiakaslähtöisyyden näkökulmasta merkityksellisenä. Potilaan oma kokemus korostui ja siihen uskottiin eniten.

Arvioitiin myös, että prosessuaaliset muutokset potilaan voinnissa eivät näy lyhyellä aikavälillä. Ehdotettiin seurantakäyntejä potilaan voinnin seuraamiseksi ja ryhmätoiminnan vaikuttavuuden arvioimiseksi.

3. Asiakslähtöisyyden ja osallisuuden huomioiminen

Hyvä toimintatapa ryhmätoiminnassa huomioi asiakaslähtöisyyden sekä osallistumisen ja osallisuuden.

Asiakslähtöisyys ja osallisuus tulivat esille jokaisessa tutkimuksessa. Ne liittyvät toisiinsa ja kulkevat monessa kohdin käsi kädessä. Toinen ei ole olemassa ilman toista. Asiakslähtöisyys toteutui jokaisessa tutkimuksessa ja oli perusarvona toiminnalle jokaisella sektorilla.

Merkityksellisenä nähtiin potilaan oma kokemus osallistumisestaan. Ryhmään osallistuminen toi potilaalle yllättävänkin monia merkityksiä ja kokemuksia. Kuuluminen ryhmään toi elämään tarkoitusta ja merkitystä. Oli tärkeää tulla hyväksytyksi, nähdyksi ja kuulluksi omana itsenään.

4. Ympäristön merkitys ryhmätoiminnan toteuttamisessa

Hyvä toimintatapa ryhmätoiminnassa on arvioida ympäristön esteet ja mahdolliset liikkumiseen liittyvät vaikeudet potilaan kannalta. Arvioidaan myös tiloihin liittyvät riskitekijät. Pyrkimyksenä on löytää sopivia ratkaisuja yhteistyössä potilaan ja eri palvelusektoreiden kanssa.

Ympäristö voi asettaa monenlaisia haasteita osallistumiselle. Välimatkat vaikeuttavat osallistumista tai voivat olla kokonaan esteenä osallistumiselle. Ryhmätoimintaan tarvittavien tilojen tulee olla turvalliset ja tarkoitukseen sopivat. Ympäristön vaikutus osallistumiseen on erityisen suuri iäkkään kohdalla, koska voimat saattavat olla vähäiset ja liikkuminen vaikeaa. Analysoitujen tutkimusten perusteella ympäristön haasteet tulivat esille enemmän ikääntyneiden kohdalla kuin työikäisten kohdalla. Ratkaisutapoja on monia ja niiden löytyminen edellyttää palvelujärjestelmän tuntemista ja yhteistyötä eri sektoreiden välillä.

5. Ryhmätoiminta tukee potilaan toimintakykyä

Hyvä toimintatapa ryhmätoiminnassa sisältää hyvin suunnitellut ryhmätoiminnat, ammattitaitoisen ryhmän ohjauksen ja palautteen.

Monipuoliset ryhmätoiminnot tukevat iäkkään ihmisen toimintakykyä. Ryhmätoimintaan osallistuminen tukee sosiaalista vuorovaikutusta. Ryhmätoiminnan yksi tavoite on vahvistaa potilaan omia voimavaroja. Ryhmän ohjaajan tehtävänä on tukea potilaan omaaloitteisuutta ja huomioida edistyminen. Ryhmän ohjaajan merkitys korostuu silloin, kun potilas tarvitsee tukea oman oivalluksen syntymiselle. Ohjaajan tavoitteena on tukea potilasta näkemään oman edistymisensä.

Hyvin ohjattu ryhmä tarjoaa hyvän oppimisympäristön, jossa arvostetaan omatoimisuutta ja tuetaan sitä kohti. Tuetaan potilaan omaa ymmärrystä voimavaroistaan ja haasteistaan. Ryhmässä yhdistyvät potilaan kokemusasiantuntemus ja ohjaajien osaaminen. Muiden kokemusten kuuleminen auttaa arvostamaan omia kokemuksia ja jäsentämään omaa elämäntilannettaan. Tämä edistää kuntoutumista.

6. Toimintakyvyn muutosten dynaamisuus

Hyvä toimintatapa ryhmätoiminnassa huomioi potilaan toimintakykyä laaja-alaisesti. Huomioidaan toimintakykyyn sekä myönteisesti että kielteisesti vaikuttavat tekijät ja niiden dynaaminen luonne.

Yksi myönteinen muutos toimintakyvyn yhdellä alueella voi vaikuttaa ja johtaa muutokseen myös toisella toimintakyvyn alueella. Esimerkiksi fyysisen toimintakyvyn parantumisessa liikkuminen helpottuu ja osallistuminen ryhmään mahdollistuu.

Toimintakyvyn muutos voi tapahtua myös toiseen suuntaan. Fyysisen toimintakyvyn heikentyessä liikkuminen vaikeutuu ja osallistuminen hankaloituu tai ei mahdollistu enää ollenkaan. Myös ympäristötekijät vaikuttavat toimintakykyyn. Ikääntyneen ihmisen toimintakyky on erityisen haavoittuva.

7. Opittujen asioiden siirtyminen arkipäivään

Hyvä toimintatapa ryhmätoiminnassa huomioi iäkkään potilaan oppivana, valintoja tekevänä ja elämäänsä vaikuttavana ihmisenä. Hyvä toimintatapa ryhmätoiminnoissa mahdollistaa oivalluksen kautta oppimisen ja pitää yllä oppimiselle avointa ja kannustavaa ilmapiiriä. Hyvässä toimintatavassa tuetaan potilaan oppimien asioiden juurtumista hänen arkeensa. Tavoitteena on aikaansaada toiminnan jatkumo.

Kuntouttavassa ja hoitavassa ryhmätoiminnassa opetellaan asioita, joiden tavoitteena on vaikuttaa myönteisesti potilaan toimintaan omassa arjessaan. Kuntoutuminen kuvailtiin polveilevana prosessina, jonka aisaparina nähtiin oppiminen. Oppimista tapahtuu oivallusten kautta. Toiminnan ja tapojen muutos vie aikaa, mutta alkaa oivalluksesta.

Ryhmätoimintojen tavoitteena on tukea potilaan omaa tahtoa ja hyväksi kokemiensa asioiden ja toiminnan siirtämistä omaan arkeen. Potilaan kannalta nähtiin tärkeänä, että ryhmätoiminnalle löytyisi jatkoa myös laitos- tai poliklinikkajakson jälkeen. Käytännössä esimerkiksi ikääntyneille mielenterveysongelmallisille henkilöille suunnattua toimintaa on kuitenkin vaikea löytää.

8. Moniammatillisuuden merkitys

Hyvä toimintatapa ryhmätoiminnassa huomioi moniammatillisuuden sekä asiakaslähtöisyyden näkökulmasta että yhteistyön kannalta.

Kaikissa tutkimuksissa korostui moniammatillisuuden merkitys. Sen merkitys on kiistan asiakaslähtöisessä hoito- ja kuntoutustyössä. Sen merkitys on suuri myös arvioitaessa potilaan tai kuntoutujan tarpeita ja kuntoutusmahdollisuuksia. Moniammatillisuus vahvistaa potilaan kohtaamisen laaja-alaisuutta. Se nähdään potilaan kannalta myönteisenä, koska arviointi on silloin useamman toteuttamaa eikä vain yhdestä näkökulmasta katsottua.

Ryhmätoiminnan toteuttamisessa moniammatillisuus nähdään mahdollisuutena toteuttaa sellaisia asioita, joihin tarvitaan monenlaista osaamista.

10 Pohdinta

10.1 Tulosten pohdinta

Vaikutuksesta vaikuttavuuteen

Sosiaali- ja terveydenhuollon hoito- ja kuntoutuspalveluihin liitetään tulevaisuudessa entistä enemmän vaatimuksia vaikuttavuuden osoittamisesta. Hoidon ja kuntoutuksen perustana on vaikuttavuus. Vaikuttavuus voidaan myös nähdä sosiaali- ja terveyspalvelujen toteuttamista ohjaavana tekijänä. Palvelujen priorisointia voidaan myös tarkastella vaikuttavuuden näkökulmasta.

Tärkeänä nousi esille asiakkaan, kuntoutujan tai potilaan oma kokemus. Tämä kokemus on arvokas sinällään. Tärkeänä tulevaisuuden kehittämiskohteena nähtiin kuitenkin vaikuttavuuden mittaaminen. Vaikuttavuuden mittaaminen koettiin haasteellisena, mutta tärkeänä osana perusteltua ja toteutettua ryhmätoimintaa. Näyttöön perustuva toimintatapa tuo toiminnalle perusteltua luotettavuutta. Lähitulevaisuudessa koulutuksen ja osaamisen painopiste on hyvä asettaa vaikuttavuuden alueelle. Vaikuttavuuden osoittamisen apuna toimivat esimerkiksi elämänlaatumittarit tai asiakkaan tai potilaan kanssa yhdessä laadittujen tavoitteiden toteutuminen.

Tavoitteiden laatimiseen on monia menetelmiä. Yksi on GAS (Goal Attainment Scaling) -menetelmä, joka on asiakkaan hoidon tai kuntoutuksen tavoitteiden laatimisen ja arvioinnin apuväline (Kela 2011). Menetelmä on hyvä nähdä yhtenä mahdollisuutena arvioida ryhmätoiminnan vaikuttavuutta.

Asiantuntevasti ohjatulla ryhmätoiminnalla on tarkoitus ja merkitys vanhuspsykiatriassa osana muuta hoitoa ja kuntoutusta. Näin on sekä vuodeosastolla että poliklinikalla. Moniammatillisesti toteutettu ryhmätoiminta tukee toimintakykyä sen eri osa-alueilla. Myönteiset muutokset yhdellä toimintakyvyn osa-alueella vaikuttavat myönteisesti toimintakyvyn muille osa-alueille. Monipuolinen ryhmätoiminta antaa potilaalle mahdollisuuksia löytää omia vahvuuksiaan ja hyödyntää niitä osana hoito- ja kuntoutumisprosessiaan. Ryhmätoiminta antaa potilaille luontevia yhteisöllisiä tilanteita oppimiselle ja kuntoutumiselle. Ryhmä ja yhteisö tukevat oppimista. Oppimisen näkökulma tuo ryhmätoimintaan kuntoutumisen näkökulman ja muodostaa ryhmätoiminnasta tavoitteellisemman.

Tutkimuksellisen kehittämistehtävän tuloksia on mahdollista hyödyntää vanhuspsykiatriassa ryhmätoimintojen kehittämisessä. Hyvä toimintatapa ryhmätoiminnoissa voi löytää paikkansa käytännössä ryhmätoiminnan suunnittelun ja toteutuksen osana. On kuitenkin realistista nähdä tutkimuksellinen kehittämistyö osana elävää ja muuttuvaa toimintatapakenttää, joka on nopeasti vaihtuva.

Ikääntyneen kuntoutustarve

Psykiatrisia hoito- ja kuntoutuspalveluita suunnataan pääasiassa työikäisille ja niin sanotusti tuottavalle väestön osalle. Vanhusväestö jää usein kuntouttavien toimenpiteiden ulkopuolelle. Psykiatrian poliklinikat palvelevat paljolti aikuisväestöä ja työikäisiä. Ikääntyneen on vaikea löytää psykiatrisia avopalveluja itselleen.

Puuttamalla ajoissa ikääntyneen toimintakyvyn heikentymiseen ja siihen vaikuttaviin riskitekijöihin voidaan ehkäistä pitkäaikaishoidon lisääntymistä vanhustenhoidossa. Ikääntymisen myötä yleistyvät pitkäaikaissairaudet ja muut toiminnalliset rajoitteet. Mielenterveyden horjuminen ja psyykkiset sairaudet voivat alentaa toimintakykyä. Ikääntyneillä ovat lisääntyneet mielenterveydenongelmat, mm. masentuneisuus. Kasvavana ongelmana myös yksinäisyys on lisääntynyt. Yksinäisyys ei ole sairaus, mutta vaikuttaa hyvinvointiin kielteisesti.

Vanhusväestö ei ole yhdenmukainen joukko ihmisiä, vaan hyvin heterogeeninen joukko. Jokin aika sitten eläkkeelle siirtynyt 68-vuotias ja 95-vuotias ikääntynyt eroavat toisistaan paljon. Ikä ei ole ainoa erottava tekijä ikääntyneiden kesken, vaan terveyden ja hyvinvoinnin erot ovat myös kasvavia vanhusväestön keskuudessa. Monipuolisten ja laadukkaiden palvelujen tulisi olla mahdollisimman monen saavutettavissa.

Yksi tapa vastata tulevaisuuden haasteisiin on kehittää monipuolisia hoito- ja kuntoutusmuotoja. Ikääntyneille suunnattu ryhmätoiminta tukee itsensä toteuttamista ja auttaa selviämään elämän paineista ja vähentää kuormitusta. MielenMuutos-tutkimuksen tulokset tukevat edellistä. Ryhmämuotoiset toiminnot poikkeavat eri sairausryhmien kohdalla toisistaan. Ikääntyneille suunnattua kohdennettua ryhmämuotoista toimintaa on rajoitetusti tarjolla. Monipuoliset ja kohdennetut ryhmätoiminnot voidaan nähdä yhtenä vastauksena tulevaisuuden haasteisiin.

Rajapintoja ylittävä yhteistyö tulee entistä tärkeämmäksi etsittäessä ryhmätoimintapalveluja ikääntyneille. Ryhmiä on monenlaisia, mutta psykiatrasta osaamista on vähäisesti. Tarvitaan yhteistyötä perusterveydenhuollon ja kolmannen sektorin kanssa.

Verkostoituminen ja rajapintojen yli tehtävä yhteistyö luo edellytyksiä kehittää potilaan kohdalla toiminnan jatkumoa. Tässä yhteydessä esimerkiksi ryhmämuotoisten toiminto-

jen kohdalla, kun potilas siirtyy erikoissairaanhoidosta palvelujärjestelmän muiden palvelujen piiriin. Rajapintojen ylittämisen lisäksi tämä edellyttää asiakaslähtöistä kumpanuutta ja yhteistyötä potilaan kanssa, jotta sopiva palvelu löytyisi. Konkreettisina toimintoina nähtiin tieto palveluista, mitä alueella on tarjolla ja tutustumiskäynnit eri paikkoihin. Uutena mahdollisuutena voidaan nähdä myös iäkkäiden keskinäisen verkostoitumisen mahdollistaminen. Tässä nykyteknologia ja tietoliikenneyhteydet voivat toimia apuna.

Kuntoutuspoliklinikoilla oli potilaille varsin laaja valikoima erilaisia ryhmämuotoisia palveluja. Tämä on luonnollisesti ymmärrettävää, koska potilaat ovat iältään nuoria tai työikäisiä. Vanhuspsykiatrian poliklinikan ryhmätoiminta on siihen nähden määrältään vähäistä, mutta kylläkin tarkoin suunnattua. Potilasryhmälähtöiset hoitolinjaukset ovat osa psykiatrian palvelua. Myös vanhuspsykiatriassa on meneillään siirtyminen potilasryhmälähtöiseen hoitolinjaukseen. Tämä voi tuoda muutoksia ryhmämuotoiselle toiminnalle, jota voi olla tarpeen tarkistaa ja perustella potilasryhmälähtöisyyden mukaan. Toivottavaa on, että ryhmätoiminnoissa ei laaja-alaisuus ja potilaan mahdollisuudet osallistua ryhmätoiminnan valintaan kavennu, vaan potilas voi saada kohdennetumpaa hoitoa. Teoreettisesti perusteltu, ammattitaitoisesti ja asiakaslähtöisesti käytännössä toteutettu iäkkäille suunnattu ryhmätoiminta on osa laadukasta palvelua myös vanhuspsykiatriassa.

Ryhmätoiminnan merkitys iäkkäälle ihmiselle

Toimintakyvyn selvittämisessä ollaan ICF-luokituksen mukaisesti siirtymässä ja painottamassa osallistumisen merkitystä. Tarkasteltaessa toimintakykyä osallistumisen näkökulmasta ikääntyneen ihmisen toimintakykyä tukevat monipuolisesti erilaiset ryhmämuotoiset toiminnot eri palvelusektoreilla, esimerkiksi vanhuspsykiatriassa.

Sosiaalinen vuorovaikutus voi ikääntyessä kaventua. Siirtyminen työelämästä eläkkeelle, menetykset ja erilaiset toimintakykyä haittaavat sairaudet voivat kaventaa vanhuksen sosiaalista vuorovaikutusta, osallisuutta ja vaikutuksen mahdollisuutta. Sosiaalista vuorovaikutusta tarvitaan kuitenkin oman toiminnan ja sosiaalisen identiteetin jäsentämiseen ja pohdintaan. Ikääntyneille suunnattu ohjattu ryhmätoiminta voi antaa pohjaa käsitellä asioita sekä ymmärtää itseään, tunteitaan ja kokemuksiaan paremmin kuullessaan muiden ihmisten elämäntarinoita. Ryhmässä voi tulla kuulluksi ja kuunnella muita. Merkitystä luo myös se, että ryhmässä voi oman kokemuksensa kautta auttaa

muuta. Altruistinen toisen auttamisesta saatu tyytyväisyyden kokemus antaa merkitystä olemassaololle ja elämälle. Ihminen on olemassa toinen toistaan varten eikä tämä merkitys ja mielekkyyden kokemus katoa vanhenemisen myötä.

Sosiaalisen vuorovaikutuksen kaventuessa vähentyvät myös erilaiset toiminnot, jotka jäsentävät aikaa ja arkea. Ikääntyneille kohdennettu ja räätälöity ryhmätoiminta voi tuoda viikko-ohjelmaan uusia rutiineja, jotka tuovat toimintaa ja mielekkyyttä omaan arkeen. Uudet tai vanhat herätetyt kiinnostukset kohottavat elämää. Pystyvyyden tunnetta lisää arjessa suoriutuminen ja sen mielekkääksi kokeminen. Tämä lisää elämänhallintaa niiltä osin kuin se on mahdollista. Vanhuspsykiatriassa ryhmätoimintojen yksi keskeinen tarkoitus on tukea toimintakykyä ja arjessa suoriutumista sekä mahdollistaa osallistuminen.

Luottamus omaan pystyvyyteen antaa valmiuksia asettaa tavoitteita ja työskennellä niiden saavuttamiseksi. Usko onnistumisen mahdollisuuteen vaikuttaa toiminnan aloittamiseen ja käynnistämiseen sekä myös siihen paneutumiseen. Usko vaikuttaa myös osaltaan toiminnan jatkamiseen kun tulee vaikeuksia. Pystyvyysodotukset ja niiden merkitys välittyy motiivien, tunteiden ja valintojen kautta. (Järvikoski – Härkäpää 2011: 133–134.)

Miia Ruohonen (2011: 49) pohtii tutkimuksessaan potilaan mahdollisuuksia tehdä päätöksiä ja ymmärtää päätöksen tekoon liittyviä seikkoja. Päätösten tekemiseen tarvitaan aina perusteet siitä, mitä ollaan päättämässä. Selkeä tieto asioista ja tapahtumista antaa pohjan tehdä valintoja. Joudumme punnitsemaan luottamusta kuntoutujaan ja potilaaseen päätöksentekijänä. Osallistuminen omaa hoitoa ja kuntoutusta koskeviin päätöksiin lisää pystyvyyden ja pätevyyden tunnetta. Päätöksen tekemisen pohjaksi tarvitaan riittävästi selkeää tietoa.

10.2 Luotettavuuden ja eettisyyden pohdinta

Tutkimuksellisessa kehittämistyössä on pyritty noudattamaan hyvää tieteellistä käytäntöä tutkimuksen teoreettiseen taustatietoon perehtymisessä, aineiston kokoamisessa ja raportoinnissa. Tutkija on pyrkinyt parhaaseen mahdolliseen luotettavuuteen oman kokemuksensa puitteissa.

Tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoituksena oli kehittää hyvä toimintatapa ryhmätoimintaan HUS, Hyks vanhuspsykiatriaan. Kehittämistyön tavoitteena oli tukea ikääntyneen ihmisen toimintakykyä. Kehittämistyön tutkimuskysymykset olivat seuraavat:

1. Mitkä ovat hyvät ryhmätoimintakäytännöt vanhuksille kohdennetussa tai kuntouttavassa psykiatrisessa ryhmätoiminnassa Suomessa?
2. Mitä on hyvä toimintatapa ryhmämuotoisessa toiminnassa HUS, Hyks vanhuspsykiatriassa työntekijöiden näkökulmasta?

Tutkimuksellisen kehittämistyön ensimmäisen vaiheen aineiston muodostivat neljä suomalaista tutkimusta. Tutkimukset analysoitiin sisältölähtöisesti ja niistä saatiin vastaus ryhmätoimintojen hyvistä edellytyksistä ja käytännöistä Suomessa. Analyysin tulokset muotoutuivat synteetiksi kuvalliseen muotoon. Synteesi toimi tutkimuksellisen kehittämistyön toisen vaiheen teemahaastatteluna toteutettujen ryhmähaastattelujen teema-alustana. Teemahaastatteluun kutsuttiin vanhuspsykiatrian henkilökuntaa, joilla oli suoraa tai välillistä kokemusta ryhmän ohjaamisesta. Teemahaastattelut toteutettiin kahtena eri ryhmähaastatteluna. Teemahaastattelun aihepohja lähetettiin osallistujille ennen haastattelua.

Teemahaastatteluun osallistujien kanssa tehtiin sopimusasiakirja, jossa kerrottiin osallistujille, että heidän oli mahdollista koska tahansa ilman syytä keskeyttää haastattelu. Sopimusasiakirja lähetettiin osallistujille luettavaksi ennen haastattelua. Kahteen ryhmähaastatteluun oli kutsuttu yhteensä 10 henkilökunnan edustajaa. Ryhmähaastattelut toteutuivat viiden ja neljän hengen ryhmissä, ja haastateltavia oli yhteensä yhdeksän.

Ryhmähaastatteluun osallistuvien määrä henkilökunnasta olisi voinut olla suurempi. Tämä olisi edellyttänyt useamman ryhmähaastattelun toteuttamista. Yhteen ryhmähaastatteluun osallistuvien määrä oli nyt sopiva, jotta jokainen sai vuorollaan esittää ajatuksiaan esitettyihin kysymyksiin.

Haastateltavat olivat saaneet teemahaastattelun teemapohjan kutsun liitteenä. Toinen haastateltavien ryhmä oli paneutunut synteesiin ja valmistautunut sen pohjalta haastattelua varten. Tämä tuli jonkin verran esille aineistoa luettaessa, lähinnä samojen käsitteiden toistumisena eri teemahaastattelun aihealueilla. Tutkija huomasi lukiessaan litte-roitua tekstiä, että osaan kysymyksistä tuli hyvin samantapaisia vastauksia. Tämä ei kuitenkaan vaikuttanut aineiston sisältöön merkittävästi vaan molemmista haastatteleista syntynyttä aineistoa käsiteltiin yhteisenä aineistona. Täsmällisemmin ja kohden-

netummin tehdyt kysymykset olisivat voineet johdattaa keskustelua tarkempaan kuvaukseen, joka olisi vastannut tutkimuskysymykseen tarkemmin. Haastattelija esitti etukäteen laaditut avoimet kysymykset. Tarkemmin rajatuilla kysymyksillä olisi myös voitu välttää vastausten päällekkäisyyttä ja saatu entistä tarkempia vastauksia tutkimuskysymykseen. Tämä kertoo haastattelijan kokemattomuudesta.

Teemahaastattelussa esitettyjen kysymysten tueksi oli kirjoitettu keskeisiä käsitteiden määritelmiä. Tämä sen vuoksi, jos teemahaastattelun aikana haastatteluun osallistuvien olisi tarpeen pyytää täsmennystä johonkin aihealueen käsitteeseen. Toisessa teemahaastattelussa käytiin kertaalleen läpi osallistumisen ja osallisuuden käsitteet haastattelijan lukemana. Haastateltavat keskustelivat teemoista pääasiassa vapaasti ilman käsitteiden määrittelyä. Haastateltavat olivat työtovereita ja tuttuja keskenään. Tämä vaikutti myönteisesti haastattelun ilmapiiriin.

Tutkija on noudattanut tutkimustyössä tavanomaisia eettisiä ohjeita ja näkemyksiä. Haastattelussa ja aineiston käsittelyssä noudatettiin eettistä ohjeistusta, potilasturvallisuutta ja vaitiota koskevaa lainsäädäntöä. Kysymykset esitettiin henkilökunnalle ja kysymykset oli suunnattu koskemaan ryhmämuotoista toimintaa, sen tarvetta, toteuttamista ja tavoitteita. Haastattelussa tavoiteltiin henkilökunnan näkemystä vanhuspsykiatrian potilaille suunnatusta ryhmämuotoisesta toiminnasta.

Haastattelut äänitettiin ja saatu aineisto litteroitiin ja analysoitiin sisältölähtöisesti. Tulosten esittelyssä teemahaastatteluun osallistujat on pyritty häivyttämään niin, etteivät yksittäiset henkilöt erotu aineistosta.

Tutkimuksellisessa kehittämistyössä haasteelliseksi muodostui pitkälle aikavälille asetunut työskentelyprosessi, joka vaikutti osaltaan työskentelyn jämäkkyYTEEN ja loogisuuteen. Tutkija pyrki nyt selkeämpään ja yksinkertaisempaan työprosessiin. Työprosessin jakautuminen pitkälle aikavälille asettaa haasteita tutkimuksen käsittelylle ja ajatusten jäsentymiselle. Selkeämpi tutkimuskysymysten asettaminen kaventaishi tutkittavaa aluetta ja ohjaisi etsimään vastauksia tarkkaan kysymykseen.

Tuloksena syntyi Hyvä toimintatapa ryhmätoiminnassa HUS, Hyks vanhuspsykiatria. Hyvä toimintatapa on ryhmätoiminnan suunnittelun ja toteutuksen apuna. Tuloksen käytettävyyttä kliinisen työn pohjalta on arvioitava jonkin ajan kuluttua. Muuttuva työelämä ja käytännöt voivat nopeasti tarvita toisenlaista tulosta. Tutkimuksellisessa kehit-

tämistyössä syntynyt tulos hyvästä toimintatavasta ryhmätoiminnassa ei ole sidottu vanhuspsykiatriaan vaan sen käytettävyyttä on mahdollista arvioida myös yleisemmin ikääntyneiden hoidossa ja kuntoutuksessa.

Lähteet

Anttila, Pirkko 2006: Tutkiva toiminta ja ilmaisu, teos, tekeminen. Hamina: Akatiimi.

Atjonen, Päivi – Uusikylä, Kari 2005: Didaktiikan perusteet. WSOY.

GAS-menetelmä. Kela 2011. Verkkodokumentti.

<<http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/301210120315SV?OpenDocument>>.

Luettu 8.11.2011.

Grönlund, Rainer 2010: Pitkään kotona – kuntoutuksen avullako? Tutkimus ryhmämuotoisesta vanhuskuntoutuksesta. Väitöskirja.

Hautala, Tiina – Hämäläinen, Tuula – Mäkelä, Leila – Rusi-Pyykönen, Mari 2011: Toiminnan voimaa. Toimintaterapiaa käytännössä. Helsinki: Edita.

Helkama, Klaus – Myllyniemi, Rauni – Liebkind, Karmela 1999: Johdatus sosiaalipsykologiaan. Helsinki: Edita.

Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 1997: Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Helsingin mielenterveyspalvelujen opas. Verkkodokumentti.

<http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/30d233004a179dcfa74bef3d8d1d4668/eMielenterveyspalvelujenopas_08.pdf?MOD=AJPERES>. Luettu 10.3.2012

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri - HUS. Verkkodokumentti.

<<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,956,1236,3092>>. Luettu 15.10.2011.

HUS Psykiatrian toimintasuunnitelma 2010–2020, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Verkkodokumentti. <<http://asiakirjat.hus.fi/djulkaisu/kokous/KOKOUS-941-1-Liite-1.PDF>>. Luettu 24.4.2012.

HUS Psykiatrian toimintasuunnitelma 2010–2015, Helsingin- ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Verkkodokumentti. <<http://hus01.tjhosting.com/kokous/20101060-2-56081.PDF>>. Luettu 08.10.2012.

HUS-tietopankki. Verkkodokumentti.

<<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,28,820,2012>>. Luettu XX.XX.201X.

Hyvä käytäntö 2011: Sosiaaliportti. Verkkodokumentti. <<http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/hyvatkaytannot/lahtokohtia/tunnuspiirteet/>>. Luettu 30.10.2011.

Hyvästä paras 2004: Jaettu kehittämisvastuu ESR – projektissa. Hyvät käytännöt käsikirja. Valtioneuvosto: Työministeriö.

ICF Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus, International Classification of Functioning, Disability and Health. Stakes. <<http://sty.stakes.fi/FI/luokitukset/ICF/index.htm>>. Luettu 23.10.2011.

Isoherranen Kaarina, 2005. Moniammatillinen yhteistyö. Dark Oy. Vantaa.

Jyrkämä, Jyrki 2007: Ikääntyminen ja ikääntyvien kuntoutus. Teoksessa Karjalainen, Vappu – Vilkkumaa, Ilpo (toim.): Kuntoutus kanssamme, ihmisen toimijuuden tukeminen. Stakes. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.

Järvikoski, Aila – Härkäpää, Kristiina 2011: Kuntoutuksen perusteet. Helsinki: WSOY pro Oy.

Kivelä, Sirkka – Liisa 2006: Geriatrisen hoidon ja vanhustyön kehittäminen. Selvityshenkilön raportti. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Koponen, Hannu – Leinonen, Esa 2009: Vanhuspsykiatria. Teoksessa Lönnqvist, Jouko – Heikkinen, Martti – Henriksson, Markus – Marttunen, Martti – Partonen, Timo (toim.): Psykiatria. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy. Duodecim. 630–649.

Korhonen, Satu - Julkunen, Ilse: Vuorovaikutuksella vaikuttavuuteen. Sosiaalialan hyvät käytännöt työn kehittämisen ja ohjaamisen välineenä. Hyvät käytännöt -ohjelman loppuraportti, 2007: 7 Stakes.

Koskisuus, Jari 2004: Eri teitä perille. Mitä mielenterveyskuntoutus on? Helsinki: Edita.

Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelma 2004: Kuntoutusasiain neuvottelukunta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003:19. Helsinki: Stakes.

Korteniemi, Pertti – Borg, Pekka 2008: Kohti näyttöön perustuvaa ammatillista käytäntöä? Työpapereita 23/2008. Helsinki: Stakes.

Lind, Jouko – Valaste, Maria 2011: Kuntoutuksen vaikutus heikkokuntoisten ikäihmisten elämänlaatuun ja kotona asumiseen. Kela tutkimusosasto 30/11. Nettityöpapereita. Luettu 2.3.2012.

Niemistö, Raimo 2004: Ryhmän luovuus ja kehitysehdot. Helsinki: Palmenia ja Helsingin yliopisto.

Notko, Tiina 2007: Asiakaslähtöisyys iäkkäiden mielenterveyskuntoutujien tukemisessa. Teoksessa Kröger, Seppo – Karisto, Antti – Seppänen, Marjaana (toim.): Vanhuus ja sosiaalityö. Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä. Jyväskylä: PS-kustannus.

Pietilä, Minna – Saarenheimo, Marja (toim.) 2011: Mielen Muutos masennuksen hoidossa. Mielialamuutoksista kärsivien iäkkäiden ihmisten psykososiaalinen tukeminen. Raisio: Vanhustyön keskusliitto

Psykiatrian tulosityksikön käyttösuunnitelma vuodella 2011, Helsingin- ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, Hyks sairaanhoitoalue. Verkkodokumentti. Luettu 22.10.2011.

Ojanen Sinikka 2006: Ohjauksesta oivallukseen. Ohjausteorian käsittelyä. Yliopistopaino: Helsinki.

Ruohonen, Miia 2011: Kohti hyviä ryhmäkäytäntöjä. Ryhmätoiminta psykoosiin sairastuneen kuntoutumisen tukena JMT kuntoutuspoliklinikalla. Opinnäytetyö. Kuntoutuksen koulutusohjelma, YAMK. Metropolia Ammattikorkeakoulu.

Saarni, Samuli I. – Pirkola, Sami 2010: Psykiatrisen potilaan elämänlaatu, Lääketieteellinen aikakusikirja019/2010

Salminen, Marja 201X: Opinnäytetyö. Kuntoutuksen koulutusohjelma, YAMK. Metropolia Ammattikorkeakoulu.

Sipari Salla 2008: Kuntouttava arki lapsen tueksi. Kasvatuksen ja kuntoutuksen yhteistoiminnan rakentuminen asiantuntijoiden keskusteluissa. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto.

Toikko, Timo – Rantanen, Teemu 2009: Tutkimuksellinen kehittämistoiminta: näkökulmia kehittämisprosessiin, osallistumiseen ja tiedontuotantoon, Tampereen yliopisto.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2009: Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Vanhuspalvelulakiehdotus. Sosiaali- ja terveysministeriö. Verkkodokumentti. <http://www.stm.fi/vireilla/lainsaadantohankkeet/sosiaali_ja_terveydenhuolto/ikaantyneet>. Luettu 15.3.2012.

Vihreä kirja 2005: Tiivistelmä. Euroopan komissio. Verkkodokumentti. <http://europa.eu/legislation_summaries/public_health/health_determinants_lifestyle/c11570c_fi.htm#KEY>. Luettu 8.11.2011.

Vanhuspsykiatria. <<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,956,1236,3092>>. Luettu 23.10.2011.

Vanhuspsykiatrian poliklinikka Helsinki. Verkkodokumentti. <<http://intra.hus.fi/content.aspx?path=20413,21770,238393,238394,21892,25208>>. Luettu 30.10.2011.

Vanhuspsykiatrian poliklinikka – Vantaa. Verkkodokumentti. <<http://intra.hus.fi/content.aspx?path=20413,21770,238393,238394,21892,178858>>. Luettu 30.10.2011.

Vanhuspsykiatria osasto kolme. Verkkodokumentti. <<http://intra.hus.fi/content.aspx?path=20413,21770,238393,238394,21892,25278>>. Luettu: 30.10.2011.

Kutsu teemahaastatteluun, jonka pohjalta Yamk-opinnäytetyön puitteissa kehitetään ryhmämuotoisten toimintojen hyviä käytäntöjä ja mallia vanhuspsykiatriassa

Liitteen sisältö

Kutsun sinut asiantuntijana ja moniammatillisen työryhmän jäsenenä ryhmähaastatteluun miettimään teemahaastattelun pohjalta ryhmämuotoisen toiminnan kehittämistä vanhuspsykiatriassa. Ryhmähaastatteluun on kutsuttu eri ammattiryhmien edustajia, joilla on kokemusta ryhmämuotoisesta toiminnasta konkreettisesti esimerkiksi ohjaajan roolista käsin tai välillisesti esimerkiksi sen vaikuttavuuden seuraamisesta potilasasiakastyössä.

Teemapohjainen ryhmähaastattelu ja siitä saatu aineisto liittyvät allekirjoittaneen Kuntoutuksen opintokokonaisuuteen, ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyöhön. Ryhmähaastattelu toteutetaan sekä Helsingissä että Vantaalla eli kahden ryhmän kanssa. Ryhmähaastattelu äänitetään ja aineisto litteroidaan. Haastattelumateriaalia tullaan käsittelemään yksityisyyden suojaa kunnioittaen. Tutkimuksellisessa kehittämistyössä asiat esitetään siten, että yksittäisen henkilön mielipide ei ole tunnistettavissa. Tutkimuksellisen kehittämistyön valmistuttua ja tultua hyväksytyksi ryhmähaastattelusta tallennettu aineisto hävitetään.

- ❖ Helsingissä haastattelu toteutuu Psykiatriakeskuksen, Terapiatalon 1 kerroksessa Petri Lehtikainen työtilassa seuraavana ajankohtana: 24.07.2012 klo 13:30-15:00. Haastattelu kestää 90 minuuttia.
- ❖ Vantaalla haastattelu toteutuu poliklinikan tiloissa seuraavana ajankohtana: 08.08.2012 klo 14:30 – 16:00. Haastattelu kestää 90 minuuttia.

Ryhmähaastattelun ajatuksena on miettiä ryhmämuotoista toimintaa vanhuspsykiatriassa. Haastattelua ohjaavat pääteemat ovat tarve, toteutus ja tavoite tasolla. Pääteemojen käsittelyä ohjaavat alateemat, jotka on luettavissa alla olevasta kuvasta. Kuva johdattaa teemoihin ja havainnollistaa teemahaastattelun teemojen jaottelua ja sisältöä. Tarvittaessa voi kysyä lisää tietoa haastattelusta ja sen toteuttamisesta allekirjoittaneelta.

Ystävällisesti Stina Söderlund, toimintaterapeutti -amk

puhelin: 050-42700098 tai e-mail: stina.soderlund@hus.fi



Liitteen otsikko Ryhmähaastattelun kysymykset

Avoimia kysymyksiä: mitä, missä, miksi, miten, kuinka, millä tavoin

TARVE

Asiakaslähtöisyys

Mitä ajattelette, että asiakaslähtöisyys voisi olla ryhmämuotoisessa toiminnassa?

Miten asiakaslähtöisyys voisi ilmetä ryhmämuotoisen toiminnan tarpeen arvioinnissa?

Miten asiakaslähtöisyys voisi ilmetä ryhmämuotoisen toiminnan tarpeen arvioinnissa?

Mitä merkityksiä voitaisiin nähdä ryhmämuotoiselle toiminnalle asiakaslähtöisyyden näkökulmasta?

Vaikuttavuus

Mitä ajattelette, että vaikuttavuus olisi ajateltaessa ryhmämuotoista toimintaa?

Millaisia mahdollisuuksia vaikuttavuutta olisi / on katsoa tai nähdä?

TOTEUTUS

Moniammatillisuus

Mitä ajattelette, että moniammatillisuus olisi ryhmätoiminnassa?

Minkälaisia merkityksiä moniammatillisuudelle voitaisiin nähdä asiakkaan näkökulmasta?

Mitä merkityksiä moniammatillisuudelle voitaisiin/voidaann nähdä?

Taustateoriat

Miten ajattelette, että tarvitaanko taustateorioita tai lähestymistapoja ryhmätoiminnassa?

Millaisia tarkoituksia tai merkityksiä taustateorioilla tai näkemyksillä voisi olla?

Millaisia merkityksiä taustateorioilla ja näkemyksillä voidaan nähdä?

Ympäristö

Miten ajattelette, että ympäristö voisi vaikuttaa ryhmätoiminnan toteuttamiseen?

Miten ajattelette, että poliklinikasta tai vuodeosastosta toimintaympäristönä ajateltaessa ryhmätoimintaa?

TAVOITE

Osallistuminen ja osallisuus

Millaisia ajatuksia osallisuus ja osallistuminen herättävät teissä, jos ajatellaan asiakasta tai potilasta?

Miten ajattelette, että osallisuus ja osallistumisen ilmenee erilaisissa ympäristöissä?

Miten olisi mahdollista lisätä osallisuuden kokemusta (ja vaikuttamsita)?

(Entä miten voitaisiin lisätä osallisuuden kokemusta tässä meidän ympäristössä?)

Elämänlaatu ja elämänhallinta

Millaisia ajatuksia elämänlaatu ja elämänhallinta herättävät teissä, ajateltaessa asiakasta tai potilasta?

Millaisia mahdollisuuksia meillä olisi/on katsoa tai nähdä elämänlaatua ja elämänhallintaa, ajateltaessa asiakasta tai potilasta?

Kuntoutuminen ja oppiminen

Mitä ajatuksia herättävät kuntoutuminen ja oppiminen ajateltaessa asiakasta tai potilasta?

Millä tavoin ajattelette, että ryhmämuotoisen toiminnan vaikuttavuutta voitaisiin arvioida?

Mitä hyötyä voisi olla/ on ryhmätoiminnasta?

Sopimusasiakirja

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri,
Psykiatrian toimiala,
Vanhuspsykiatrian klinikkaryhmä,
Toimintaterapia
SUOSTUMUSASIAKIRJA

Teen Metropolia ammattikorkeakouluun Kuntoutuksen ylempään ammattikorkeakoulututkintoon liittyen opinnäytetyötä, jonka aiheena on ryhmämuotoinen toiminta vanhuspsykiatriassa. Osa opinnäytetyön aineistosta kerätään nauhoittamalla kaksi ryhmämuotoista teemahaastattelua.

Aineiston kerääjänä sitoudun tietojen käsittelyssä ja suojaamisessa noudattamaan henkilötietolain määräyksiä. Sitoudun myös siihen, että en käytä saamaani aineistoa osallistujien vahingoksi tai halventamiseksi tai sellaisten muiden etujen loukkaamiseksi, joiden suojaksi ja on säädetty salassapitovelvollisuus. En tule myöskään luovuttamaan saamaani haastattelu aineistoa sivullisille. Haastatteluun osallistuvien yksittäisten henkilöiden mielipide häivytetään aineistosta. Ryhmähaastatteluissa koottu nauhoitusmateriaali hävitetään tutkimuksellisen kehittämistyön valmistuttua ja tultua hyväksytyksi. Haastatteluun osallistuva henkilö voi lopettaa osallistumisensa nauhoitukseen milloin tahansa.

SUOSTUMUS

Olen saanut suullista ja kirjallista tietoa tutkimuksellisesta kehittämistyöstä ja teemahaastattelun osuudesta opinnäytetyössä, jonka tutkimuksenkohteena on vanhuspsykiatrian ryhmämuotoinen toiminta. Ymmärrän nauhoituksen osallistumisen olevan vapaaehtoista ja tietojen käsittelyn luottamuksellisesta. Annan luvan käyttää teemahaastattelussa luovuttamaani tietoa tutkimuksellisen kehittämistyön käyttöön yllä kuvatun mukaisesti.

Päiväys _____

Suostun osallistumaan nauhoitukseen:

Osallistujan allekirjoitus

Nimen selvennys

Päiväys _____

Suostumuksen vastaanottaja

Suostumuksen vastaanottajan allekirjoitus

Nimen selvennys

Stina Söderlund

Tiedustelut: toimintaterapeutti - amk, Stina Söderlund

050-42700098

stina.soderlund@hus.fi

Taulukko 1. **Esimerkki aineiston luokittelusta**

Pelkistetyt ilmaisut	Alaluokka	Yläluokka
<i>monen eri ammattikun- nan tuomat tiedot</i>	Ammatillinen rinnakkain työskentely	Moniammatillisuus
<i>yhdistettynä saadaan tehostetumpaa</i>	Ammatillinen rinnakkain työskentely	Moniammatillisuus
<i>meillä on aina vähän erilaiset silmälasit pääs- sä, erilaiset silmälasit katsoa potilaan toimin- takykyä</i>	Ammatillinen rinnakkain työskentely	Arviointi
<i>löytyy sitten niitä erilai- sia vahvuuksia mitä me ei tiedetä, musiikkia ja muuta</i>	Onnistumisen kokemus	Toimijuuden vahvistuminen
<i>pysyy ryhmässä alusta loppuun</i>	Onnistumisen kokemus	Toimijuuden vahvistuminen
<i>motivoituu tulemaan ryhmään</i>	Onnistumisen kokemus	Toimijuuden vahvistuminen

